

**CARACTERIZACIÓN COGNITIVO-EMOCIONAL QUE PARTICIPA EN EL
AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
MÉDICO DE HIPERTENSIÓN ESENCIAL DE LA IPS SOLESALUD DEL
MUNICIPIO DE SOLEDAD**

YIRA PAOLA BUSTAMANTE FERREIRA

YUBIXZA LAUGEL LÓPEZ MUÑOZ

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE LA COSTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA**

2006

**CARACTERIZACIÓN COGNITIVO-EMOCIONAL QUE PARTICIPA EN LAS
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HIPERTENSIÓN ESENCIAL DE LA IPS
SOLESALUD DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD**

YIRA PAOLA BUSTAMANTE FERREIRA

YUBIXZA LAUGEL LÓPEZ MUÑOZ

Trabajo de grado como requisito para optar el titulo de psicóloga

Asesora Temática:

Psicóloga MARLEYN SERRANO RAMÍREZ

Asesora Metodológica:

Psicóloga MARGARITA ROCA

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE LA COSTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA**

2006

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Barranquilla, Noviembre de 2006

***A nuestros padres, A nuestros hermanos,
Y en especial a Dios por darnos la vida y
Permitirnos terminar esta fase de nuestras vidas.***

AGRADECIMIENTOS

Al Dios altísimo, dador de la vida, doy las gracias porque la tristeza, angustia y miedo me rodearon y Tú estuviste allí para consolarme.

El día que clame me respondiste y fortaleciste el vigor de mi alma. Por eso Jehová yo te pido:

Que me enseñes tu camino y me guíes por senda de rectitud.

Que no se desvíen mis pasos ni se corrompa mi corazón.

Y hallé Yo los bienes más preciados que se pueden obtener; ¡Sabiduría e Inteligencia!

Bien lo dice el profeta:

¡Bienaventurado el hombre que halla la sabiduría y obtiene la inteligencia, porque su ganancia es más que la ganancia de la plata y sus beneficios más que los del oro fino! Más preciosa es que las piedras preciosas: ¡Nada que puedas desear se puede comparar con ellas! (Prov.3. 13-14)

Por todo y en todo Señor Gracias.

Gracias te doy por mi Familia y Gracias doy a ella, a todos y cada uno de sus miembros, a mi Padre, a mi Madre y a mis dos hermanos, porque han estado siempre allí aunque yo muchas veces no lo haya notado, pero especialmente a ti ¡Madre! Quien me dio el ser y el existir y además de eso ha sido el motor e impulso de mi vida. ¡Gracias!

También agradezco al señor Roberto Echeverría, quien desinteresadamente permitió la aplicación de la investigación en la IPS Solesalud y a todo el personal de esta institución que ayudo en la consecución de nuestro objetivo, así como a las personas que accedieron a participar en este. Y no olvido agradecer también a todas las personas que han contribuido a mi formación como persona y como psicóloga, a esos amigos, compañeros y maestros que durante este tiempo me han acompañado en esta larga travesía. De manera muy especial agradezco al “profe Jhon” que en todo momento estuvo ahí dándonos animo, apoyo y consejo, en los momentos que más lo necesitamos. Y para finalizar como olvidar mencionar a esta persona tan especial; si bien lo dice el Maestro “los postreros serán los primeros”, así mismo quien de último llegó a mi formación, en primer lugar, quedo, puesto que con su conocimiento y firmeza logro dar curso y aflorar aquello tan anhelado. A Ti Marleyn. ¡Gracias!

Jehová cumplirá su propósito en mí.
Tu misericordia Jehová es para siempre.

Yira Paola Bustamante Ferreira

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar al único y sabio Dios, con todo mi amor y gozo; de quien recibí la sabiduría y la perseverancia; También le doy gracias a Él por ayudarme y motivarme día tras día para alcanzar este propósito y que si no fuera por Él yo no sería lo que soy.

Agradezco a toda mi familia: a mis padres María y Néstor por su amor y sus sermones, que ayudaron a esclarecer mis pensamientos.

A mis hermanos Jeremy y Yenifer quienes son mis tesoros que tanto amo, que con su continua buena voluntad y amor estuvieron a mi lado en todo momento.

A mis tías que son como mis madres, porque siempre confiaron en mí y no me permitieron retroceder en ningún momento de mi vida. A mis tíos, primos y abuelos que son mi apoyo incondicional.

A Harold, a su paciencia y amor, porque siempre ha estado allí apoyándome en cada momento que lo necesitaba.

También doy gracias a mis amigos cercanos que creyeron en mí, A mis compañeros graduados del programa de psicología, personas maravillosas que Dios puso en mi camino para crecer más a cada momento de mi vida.

Doy gracias al señor Roberto Echeverría que ha sido de gran ayuda en este proceso brindándonos el apoyo necesario para nuestra investigación en la IPS

Solesalud, así mismo a todos los empleados y usuarios que fueron parte vital de este proyecto.

Doy las gracias al profesor Jhon por su comprensión y motivación para continuar con mi proceso académico. Y muy especialmente a nuestra asesora Marleyn, por compartir su experiencia ya que no escatimo en el momento de impartir sus conocimientos.

A todos los instructores y maestros de la Corporación Universitaria de la Costa CUC por compartir conmigo sus experiencias y su preparación profesional.

Y por último le agradezco a todas las personas que directa o indirectamente ayudaron a que mi sueño se hiciera realidad.

Por tanto, yo en ti confié, Señor, digo: Tú eres mi Dios.

En tus manos están mis tiempos.

Y habiendo esperado con paciencia alcance la promesa

Yubixza Laugel López Muñoz

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	24
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	28
2. JUSTIFICACIÓN	32
3. OBJETIVOS	36
3.1 OBJETIVO GENERAL	36
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4. MARCO REFERENCIAL	38
4.1 MARCO HISTÓRICO	38
4.2 MARCO TEÓRICO	53

4.2.1 Estrés.	53
4.2.1.1 Componentes del estrés.	56
4.2.2. Ansiedad.	60
4.2.2.1 Componentes de la ansiedad.	61
4.2.3 Esquemas Maladaptativos Tempranos.	63
4.2.3.1 Clasificación de los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT).	64
4.2.4 Afrontamiento.	69
4.2.4.1 El afrontamiento como proceso.	70
4.2.4.2 Funciones del afrontamiento.	71
4.2.5 Esquemas Maladaptativos Tempranos y afrontamiento.	74

4.2.5.1 Los modos.	75
4.2.6 Hipertensión Arterial.	79
4.2.6.1 Etapas de la Hipertensión Arterial.	80
4.2.6.2 Clases o tipos de Hipertensión.	82
4.2.7 Modelo Biopsicosocial.	85
4.2.8 Marco Conceptual.	90
5. DEFINICIÓN DE VARIABLES	93
5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	93
5.1.1 Variable de Estudio.	93
5.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL	95

6. CONTROL DE VARIABLES	99
6.1 EN LA UNIDAD DE ANÁLISIS.	99
6.2 EN EL AMBIENTE SOCIAL.	100
6.3 EN LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.	100
6.4 EN LOS INVESTIGADORES.	101
6.5 VARIABLES NO CONTROLADAS.	101
7. DISEÑO METODOLÓGICO	102
7.1 HIPÓTESIS	102
7.2 PARADIGMA	102
7.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	103

7.4 MÉTODO	103
7.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	104
7.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	104
7.7 PROCEDIMIENTO	107
8. RESULTADOS	109
9. CONCLUSIONES	132
10. RECOMENDACIONES	137
BIBLIOGRAFÍA	140
ANEXOS	147

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Modos de Young.	76
Tabla 2. Clasificación de la hipertensión de acuerdo a las cifras tensionales.	79
Tabla 3. Índices de fiabilidad ISRA.	106
Tabla 4. Puntuaciones de Estrés obtenidos de la aplicación del Test EAE.	109
Tabla 5. Porcentajes de Estrés obtenidos de la aplicación del Test EAE.	110
Tabla 6. Puntuaciones generales en ansiedad de la media Normal, Psicosomática y Clínica de acuerdo al Test ISRA.	112
Tabla 7. Porcentajes generales en ansiedad de la media Normal, Psicosomática y Clínica de acuerdo al Test ISRA.	112
Tabla 8. Clasificación Individual VARONES	112
Tabla 9. Porcentaje individual VARONES	113
Tabla 10. Clasificación individual MUJERES	113
Tabla 11. Porcentaje individual MUJERES	114
Tabla 12. Prevalencia de ansiedad de acuerdo al triple sistema de	

respuesta del Test ISRA. VARONES	114
Tabla 13. Prevalencia de ansiedad de acuerdo al triple sistema de respuesta del Test ISRA. MUJERES	114
Tabla 14. Puntuaciones generales de ansiedad de acuerdo al triple sistema de respuesta del Test ISRA	115
Tabla 15. Distribución general de los índices de Respuesta de ansiedad (Tipos de ansiedad)	115
Tabla 16. Índices de Respuesta de ansiedad (Tipos de ansiedad). VARONES	116
Tabla 17. Índices de Respuesta de ansiedad (Tipos de ansiedad). MUJERES	116
Tabla 18. Factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA.	118
Tabla 19. Porcentajes de los factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA.	118
Tabla 20. Factores situacionales de ansiedad medidos por el ISRA a la población objeto de estudio (media aritmética).	119
Tabla 21. Factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA en un grupo de varones.	120
Tabla 22. Porcentajes de los factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA a un grupo de varones.	121
Tabla 23. Factores situacionales de ansiedad medidos por el ISRA a un	

grupo de varones (media aritmética).	121
Tabla 24. Factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA en un grupo de mujeres.	122
Tabla 25. Porcentajes de los factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA a un grupo de mujeres.	123
Tabla 26. Factores situacionales de ansiedad medidos por el ISRA a un grupo de mujeres (media aritmética).	123
Tabla 27. Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a la población objeto de estudio.	126
Tabla 28. Porcentajes de los Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a la población objeto de estudio.	126
Tabla 29. Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a un grupo de mujeres.	128
Tabla 30. Porcentajes de los Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a un grupo de mujeres.	128
Tabla 31. Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a un grupo de varones.	131
Tabla 32. Porcentajes de los Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a un grupo de varones.	131
Tabla 33. Programa de intervención recomendado por las investigadoras.	139

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. Gráfica TEST: EAE (Escala de Apreciación del Estrés).	148
Anexo 2. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) RESPUESTAS (General).	149
Anexo 3. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). RESPUESTAS (Varones).	150
Anexo 4. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). RESPUESTAS (Mujeres).	151
Anexo 5. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). TIPOS DE ANSIEDAD (GENERAL).	152
Anexo 6. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). TIPOS DE ANSIEDAD (VARONES).	153
Anexo 7. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). TIPOS DE ANSIEDAD (MUJERES).	154
Anexo 8. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (GENERAL).	155
Anexo 9. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (VARONES).	156

Anexo 10. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (MUJERES).	157
Anexo 11. Tabla TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) GENERAL.	158
Anexo 12. Gráfica TEST: EMT-S2 (Esquemas maladaptativos tempranos) GENERAL.	159
Anexo 13. Gráfica TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) VARONES.	160
Anexo 14. Gráfica TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) MUJERES.	161
Anexo 15. Test EAE (Escala de Apreciación del Estrés).	162
Anexo 16. Test ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad).	164
Anexo 17. Test EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos)	168
Anexo 18. Recopilación documental	176
Anexo 19. Fotografías IPS SOLESALUD	178
Anexo 20. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	181
Anexo 21. PRESUPUESTO (Personal y Global).	182

RESUMEN

El presente proyecto de investigación describe una caracterización Cognitivo-emocional participante en el proceso de afrontamiento de un grupo de pacientes, conformado por 48 personas, de los cuales 17 son varones y 31 mujeres, con diagnóstico médico de hipertensión arterial esencial de la IPS Solesalud. Esta investigación se realizó por medio de la medición de los componentes cognitivo-emocionales que participan en el afrontamiento psicológico, los cuales son el estrés, la ansiedad, y los Esquemas Maladaptativos Tempranos, a través de la aplicación de la batería psicológica compuesta por el EAE, ISRA y EMT-S2, con el fin de establecer un perfil del sujeto enfermo, a partir de los datos arrojados y así dar respuesta a la premisa inicial del grupo investigador con respecto a la ausencia de conciencia de enfermedad, lo cual se corrobora al comparar y analizar los niveles de respuesta de los diversos test aplicados y contrastarlos a la luz de las teorías y autores guías (Folkman, Lazarus y Young).

Palabras Claves. Afrontamiento, Ansiedad, Estrés, Esquemas Maladaptativos Tempranos, Hipertensión esencial, salud/enfermedad.

ABSTRACT

The present investigation project describes a characterization Cognitive-emotional participant in the process of confrontation of a group of patient, conformed by 48 people, of which 17 are male and 31 women, with I diagnose I prescribe of essential

arterial hypertension of the IPS Solesalud. This investigation carries out by means of the mensuration of the cognitive-emotional components that you/they participate in the psychological confrontation, which are the stress, the anxiety, and the Early Maladaptive Schemas, through the application of the psychological battery composed by the EAE, ISRA and EMT-S2, with the purpose of establishing the sick fellow's profile, starting from the heady data and this way to give an answer to the initial premise of the investigating group with regard to the absence of illness conscience, that which is corroborated when comparing and to analyzing the levels of answer of the diverse applied test and to contrast them by the light of the theories and guide authors (Folkman, Lazarus and Young).

Key words. Coping, Anxiety, Stress, Early Maladaptive Schemas, essential Hypertension, health/illness.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se hace una aproximación de las características Cognitivo-emocionales participantes en el afrontamiento psicológico de un grupo de individuos al enfrentarse ante situaciones cotidianas. Estas situaciones pueden ser ansiógenas o estresantes y generan en el individuo determinadas reacciones ya sea a nivel cognitivo, fisiológico o motor, dependiendo de la manera como enfrenten/afronten el hecho. Este afrontamiento psicológico comprendido como el uso de estrategias cognitivas, emocionales, afectivas y comportamentales, consideradas como los esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno independientemente de los resultados, conlleva a la adaptación del individuo a su medio, por ende al mejoramiento de su relación con el entorno y la sociedad. Estas estrategias de afrontamiento son mediadas por variables de aprendizaje en las cuales participan elementos cognitivos, afectivos y psicobiológicos que determinan la acción contingente de la evaluación psicológica de cada situación, sus competencias de respuestas al medio y los contextos de evaluación.

La sociedad puede ser un medio por el que el individuo se adapta a la naturaleza, ya que se considera como una forma de satisfacción de las necesidades adaptativas básicas del sujeto en relación con su supervivencia, además de ser un moldeador de las características y estrategias de cada persona y grupos puesto que las reglas sociales y las institucionales regulan y determinan las relaciones y la conducta. En este sentido se dice que el estrés, como una variable mediacional psicofisiológica, se origina como consecuencia de discrepancias a partir de los componentes cognitivos-afectivos del individuo y las identidades sociales, por ende, el estrés, el afrontamiento y sus resultados de adaptación deben ser considerados en el contexto de las relaciones del individuo con la sociedad.

Dentro de ese contexto y en el ámbito psicológico se hace interesante, analizar las variables que participan o elicitán la adaptabilidad o no adaptabilidad del sujeto al ambiente, por ello se han considerado las variables, estrés/ansiedad y Esquemas Maladaptativos Tempranos, como elementos de mediación de las estrategias de afrontamiento utilizadas, las cuales afectan al individuo, de manera que a partir del proceso de evaluación que la persona haga de una determinada situación, estará en capacidad de afrontar las demandas requeridas, influyendo en la adaptación o desadaptación del hombre a su medio, ya sea en el ámbito de trabajo y/o de la vida social, en el de la satisfacción moral o vital y/o en el de la salud del organismo. Es decir, que la calidad de vida y lo que se entiende por salud mental y física van ligadas a las formas de evaluar y afrontar el estrés de la vida. De la relación entre afrontamiento y salud surge la concepción de enfermedad, entre las que se cuenta la hipertensión arterial esencial, de la cual no se tiene una causa aparente de origen y exacerbación.

Con el fin de abordar teórica y conceptualmente la temática se ha estudiado y retomado el planteamiento de autores como Jeffrey Young, Richard Lazarus, Susan Folkman, Francisco Labrador y Hans Selye, siendo la teoría de Lazarus y Folkman la utilizada para los requerimientos de este estudio, junto con la perspectiva de Young sobre los esquemas cognitivos como determinante del comportamiento entre variables tanto individuales, interpersonales y contextuales.

En cuanto a los aspectos metodológicos, el paradigma en el cual está orientada la investigación es el empírico-analítico, el diseño utilizado es el pre-experimental, el tipo de investigación de acuerdo al valor del conocimiento es aplicado y de acuerdo a la profundidad del conocimiento es de tipo descriptiva.

La población de estudio esta conformada por 63 sujetos y la muestra con la cual se llevo a cabo la investigación esta formada por 48 personas entre mujeres y hombres, utilizando el muestreo no aleatorio de tipo Intencional, a los cuales se les aplico la batería de pruebas psicológicas constituida por la Escala de Apreciación del Estrés (EAE), elaborada por José Fernández Seara, compuesta por cuatro escalas, de las cuales solo se utilizó la Escala de Apreciación del Estrés General (EAE-G), que evalúa los niveles de estrés percibidos por el sujeto en el tiempo pasado y el actual, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), ideado por Juan José Miguel-Tobal y Antonio Cano-Vindel, que mide la ansiedad en sus tres componentes, cognitivo, fisiológico y motor, además de cuatro factores situacionales, ansiedad ante la evaluación, ansiedad fóbica, ansiedad interpersonal y ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana y por último el cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT-S2), creado por Jeffrey Young, que valora los supuestos y creencias presentes en un individuo, a partir de las experiencias infantiles.

El EMT-S2 esta constituido por cinco áreas y sus respectivas sub áreas entre las que se cuentan: primero, Desconexión y Rechazo: Esquema de Abandono-Inestabilidad (ab), Esquema de Desconfianza-Abuso(ma), Esquema de Carencia Emotiva(ed), Esquema de Defectuoso-Vergüenza(ds) y Esquema de Aislamiento-Alineación (si); Segundo, Incapacidad de Autonomía o Desempeño: Esquema de Dependencia-Incompetencia(di), Esquema de Vulnerabilidad al daño o a la Enfermedad(vh), Esquema de Fusión o Identidad no desarrollada(em) y Esquema de Fracaso(fa); tercero, Falta de Límites: Esquema de Derechos-Grandiosidad(et) y Esquema de Insuficiente Autocontrol(is); cuarto, Gobierno de los otros: Esquema de Sometimiento(sb) y Esquema de Autosacrificio(ss), y por último, Hipervigilancia e inhibición: Esquema de Inhibición Emotiva(ei) y Esquema de Hiper-autocrítica o Sobre-exigencia(us).

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Es aceptada actualmente la inminente relación estrés/ansiedad– salud/enfermedad, a partir de las estrategias de afrontamiento utilizadas por el sujeto y en el ámbito científico no se cuestiona dicha premisa, lo cuestionable y explicable desde diferentes perspectivas no sería cómo afrontan las personas la enfermedad sino cuáles son las características de los componentes psicológicos que actúan como mediadores de las estrategias de afrontamiento, a partir de los acontecimientos de la vida diaria que afectan la salud.

Estos acontecimientos, generadores de estrés/ansiedad, se han asociado con mayores probabilidades de enfermedad psicosomática, entre ellas la hipertensión arterial, la cual es un factor de riesgo muy importante para la aparición de las enfermedades cardiovasculares, que son según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en personas adultas¹. En países como España cerca del 20% de la población padece hipertensión², en Cuba para el año 1995, después de la encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas se registro un 30,6% de prevalencia³ y en Colombia, actualmente, se presenta una mortalidad del 25% por enfermedad cardiovascular, porcentaje mayor que el de muertes causadas por violencia y la enfermedad coronaria representa el 12% de todas las causas de mortalidad⁴,

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health report 2003. Geneva, Switzerland : Who, 2003. p. 1.

² CEA UGARTE, José Ignacio; BRAZAL R. José julio y GONZALEZ-PINTO Asunción. Estrategias de afrontamiento e hipertensión esencial [en línea]. s.l. [Consultado 13 de Septiembre de 2006]. Disponible en Internet: < <http://reme.uji.es/articulos/aceauj7542404101/texto.html>>

³ URQUIZA ALVAREZ Juan; RAMÍREZ NUÑEZ Manuel y SANTISTEBAN SANCHEZ Cecilia. Vigilancia en salud de la hipertensión arterial en la atención primaria de salud [en línea]. Manzanillo Mayo-Diciembre: 2001. [Consultado 29 de Mayo de 2006] Disponible en Internet: <<http://www.monografias.com/trabajos15/hipertension/hipertension.shtml>>

⁴ ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, una cuestión de corazón. En : El Heraldo, Barranquilla. (1, Oct., 2006); p. 5C, c. 1-6.

dejándose ver la alta incidencia de los padecimientos cardíacos en el mundo y en Colombia.

Así mismo, la hipertensión arterial afecta a millones de personas con marcada diferencia según el origen étnico, por ejemplo, en los Estados Unidos en donde afecta a más de 50 millones de personas, el 38% de los adultos negros sufre de hipertensión, en comparación con el 29% de blancos, observándose en este país que las consecuencias de la hipertensión son más graves en las personas de etnia negra. En los países desarrollados, se estima que solamente se diagnostica este trastorno en dos de cada tres individuos que lo padecen, y de ellos, sólo alrededor del 75% recibe tratamiento farmacológico, y éste es adecuado sólo en el 45% de los casos⁵. Mostrándose la marcada incidencia que tiene la hipertensión arterial en la población a nivel general en todo el mundo y a partir del creciente incremento de las cifras de hipertensos, tanto médicos, sociólogos, psicólogos, entre otros especialistas han intentado dar un abordaje y una explicación para el acrecentamiento de la enfermedad, por su parte la Medicina ha ahondado en el tratamiento médico-farmacológico, para controlar y tratar los síntomas y sus consecuencias, a corto y largo plazo, mientras que la perspectiva Sociológica intenta dar concepciones en términos de funcionamiento social como consecuencia adaptativa, entendido como la forma en que el individuo lleva a cabo sus distintos roles socio-culturales, los cuales son determinantes en la calidad del funcionamiento global de un individuo, incluido el sistema salud/enfermedad, y por su parte la Psicología en su rama cognitivo-conductual hace énfasis en los esfuerzos de afrontamiento y el modo en que éstos afectan la salud a lo largo del tiempo dirigiéndose hacia las vías por las que las formas de afrontar los acontecimientos de la vida diaria pueden afectar la salud.

⁵ MANUAL MERCK. Sección 3. Enfermedades Cardiovasculares : Capítulo 25. Hipertensión arterial [en línea]. Madrid, España: Copyright 2005. [Consultado 1 de Septiembre de 2006]. Disponible en Internet: <http://www.msd.com.mx/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_03/seccion_03_025.html>

En este sentido se encuentran investigaciones que relacionan la enfermedad con diversas causas por ejemplo, en un estudio (Cea Ugarte, 2006) se halló que en la configuración de la hipertensión arterial esencial parece existir una mediación entre ésta (HE) y el estrés, a través de la intervención del Sistema Nervioso Vegetativo, se dice que hay una reactividad beta-adrenérgica que dependerá de la forma en que afrontemos cada situación de estrés; si el afrontamiento es de tipo activo, habrá una mayor reactividad beta-adrenérgica que si el afrontamiento es pasivo y habrá así mismo, una secreción de catecolaminas en sangre, que colaboran en el mantenimiento de la hipertensión esencial⁶.

Otros estudios relacionan variables como estrés y estrategias de afrontamiento en el proceso de enfermar, hallando como característica principal que el sujeto hipertenso busca menos el apoyo emocional en los demás (búsqueda de apoyo social, emocional), se centra más en comportamientos de tipo cognitivo y conductual (actividad cognitiva y conductual) que la población general siendo mayor la actividad cognitiva, busca información para la solución de su problema (focalización en la respuesta) pero de modo cognitivo e ineficaz ya que no hay transformación en conductas que solucionen su problema, quedándose la solución a nivel cognitivo evitando cualquier tipo de respuesta o solución al problema (desconexión comportamental)⁷.

Otro tipo de trabajos han relacionado variables como calidad de vida percibida-vivenciada (CVPV), estilos de afrontamiento y su relación con la enfermedad, encontrándose que en los rangos positivos de CVPV, predominan los estilos activos de afrontamiento (centrados en la solución del problema), o pasivos (centrados en

⁶ CEA UGARTE; BRAZAL R. y GONZALEZ-PINTO, Op. cit., p. 1.

⁷ Ibid., p. 1.

el control de la emoción), que facilitan el control conductual y emocional provocando una adaptación. Esto lleva a coincidir con lo expresado por López, A. E. 1998, acerca del concepto adaptación como vínculo entre afrontamiento, bienestar psicológico y calidad de vida⁸.

Todos estos estudios son sólo unos cuantos ejemplos de cómo las emociones y el afrontamiento podrían resultar implicados en la aparición de la enfermedad, pero si se quiere entender la relación entre afrontamiento del estrés y enfermedad, se deben tener en cuenta los procesos por los que las personas reaccionan y manejan las situaciones estresantes. Por ello el grupo investigador, en este proyecto se plantea el interrogante:

¿Cómo se caracterizan los componentes cognitivo-emocionales que participan en el afrontamiento psicológico de un grupo de pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial esencial?

⁸ DÍAZ CORRAL, Ileana Beatriz. Afrontamiento y calidad de vida percibida vivenciada [en línea]. Departamento de Psicología. Universidad de Oriente: 1997. [Consultado 1 de septiembre de 2006]. Disponible en Internet: <<http://www.monografias.com/trabajos16/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>>.

2. JUSTIFICACIÓN

En este estudio se hace un abordaje descriptivo de las variables, Estrés, Ansiedad, y Esquemas Maladaptativos Tempranos, que tienen los sujetos, como componentes para evaluar las estrategias de afrontamiento psicológico que posee un grupo de pacientes adultos con condición médica de hipertensión arterial esencial, quienes al enfrentarse ante situaciones cotidianas, manifiestan respuestas de estrés/ansiedad vivenciadas esporádica o continuamente viéndose de cierta forma afectados, lo cual repercute de manera tanto cognitiva, fisiológica y/o conductual, por ende su relación individuo-entorno y el esquema bienestar-salud-enfermedad.

Dentro de este marco se retoma la conceptualización de Lazarus de estrés como resultado de una evaluación de daño/pérdida, amenaza o desafío, en donde el sujeto puede evaluar hechos consumados, anticiparlos o moverse entre la posibilidad de perder o ganar, habiendo muchos factores personales influyentes en esa evaluación como son las motivaciones, compromisos, creencias, expectativas, etc.⁹, lo que permite o favorece las respuestas de ansiedad.

La ansiedad es una respuesta emocional condicionada compleja, caracterizada por percepciones y evaluaciones ante la amenaza, que disponen las estrategias de afrontamiento con que cuenta un individuo tanto en el sentido positivo, negativo, favorable o desfavorable. En esta respuesta participan los esquemas maladaptativos los cuales corresponden al conjunto de reglas, supuestos y creencias que los individuos han construido a nivel semántico a partir de las

⁹ LAZARUS, Richard y FOLKMAN, Susan. Estrés y Procesos cognitivos. España : Martínez Roca, 1986. p. 17.

experiencias infantiles para regular la conducta frente a las diversas situaciones. En la relación de reciprocidad del individuo con su medio/contexto, éste actúa con conductas y/o actitudes que reflejan estrategias de afrontamiento en búsqueda de sentimientos de bienestar y felicidad como fin del ser humano.

Los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) pueden ser definidos como temas o patrones amplios y generalizados que incluyen recuerdos, imágenes, emociones, cogniciones y sensaciones corporales, concernientes a uno mismo o a las relaciones con otros, son desarrollados en la infancia, elaborados a lo largo de la vida y son disfuncionales en un grado significativo¹⁰.

El afrontamiento es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo¹¹, las cuales mediatizan la relación del individuo con su medio y con ello potencializan los procesos de adaptación o pueden ser factores asociados a la vulnerabilidad psicológica del individuo.

Las consecuencias que puede tener la relación estrés/ansiedad, esquemas maladaptativos/afrontamiento se ve reflejada y es ampliamente aceptado que son factores causales en la enfermedad somática como ejemplo de ello la hipertensión esencial, la cual es una enfermedad que no tiene causas biológicas establecidas y

¹⁰ MANRIQUE GALVEZ, Edwin. Huayroncos e ima sapras en la vida y obra de Arguedas: depresión y esquemas maladaptativos, revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. [En línea]. [Consultado 12 de noviembre de 2006]. Disponible en Internet: <<http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2005II/1%20HUAYRONQOS%20E%20IMA%20SAPRAS%20%20EN%20LA%20VIDA%20Y%20OBRA%20DE%20ARGUEDAS.pdf>>

¹¹ Ibid., p. 164.

se presenta en el 95% de la totalidad de los casos de hipertensión arterial siendo tan sólo el 5% conocido su origen o causalidad (hipertensión secundaria).

De ahí la relevancia temática que muestran este tipo de estudios, puesto que al presentarse esquemas maladaptativos o disfuncionales como mediación cognitiva para la selección de estrategias de afrontamiento que no proporcionan ni brindan los resultados esperados y enfrentarse ante escenas cotidianas estresoras/ansiógenas, se eleva la posibilidad de cambios masivos en el organismo que acompañados de respuestas de estrés y ansiedad pueden incidir negativamente en el proceso salud/enfermedad.

A raíz de esto surge la inquietud de los investigadores en estudiar variables antecedentes que afectan al sujeto comúnmente (estrés/ansiedad) y asociarla con esquemas maladaptativos, como resultado de las estrategias de afrontamiento, el cual sirve como mediador entre dichas variables y la salud.

Aunque existen pocos estudios que examinan la relación entre afrontamiento y salud, se halló una investigación que identifica el afrontamiento como mediador de la relación entre variables antecedentes y salud, esto está reflejado en el trabajo de Kobasa y demás colaboradores sobre la construcción de la personalidad dura o resistente, como un moderador de los efectos del estrés de la vida sobre la enfermedad en el año 1979. Hallándose a partir de estos estudios que las personas que se caracterizaban por ser resistentes, tenían una menor predisposición a desarrollar enfermedades bajo circunstancias de estrés, sin embargo, los resultados se encuentran inquietantes a causa de la ausencia de datos observacionales que apoyen las interpretaciones de la autora.

En otro grupo de estudios, a partir de los trabajos de Weiner, Singer y Reiser en 1962, se halló que los hipertensos parecían afrontar el carácter emocionalmente perturbador de la entrevista diagnóstica, contando al entrevistador historias neutras y mostrando una respuesta cardiovascular mínima, mientras que los normotensos eran mucho más reactivos. Este hallazgo llevó a los investigadores a proponer que los hipertensos afrontaban el estrés de la entrevista controlando o suprimiendo sus aspectos amenazantes; en definitiva protegiéndose a sí mismos. Un estudio posterior realizado por Sapira, Scheib, Moriarty y Shapiro en 1971, confirmó este hallazgo con la observación de que los hipertensos tendían a negar los acontecimientos emocionalmente significativos de una película en la que se representaban conductas cálidas y frías de un médico hacia su paciente.

Estos dos estudios parecen sugerir que los hipertensos muestran un estilo supresor o negador de aquellas materias emocionalmente importantes para elevar su presión sanguínea. Aunque esta interpretación es paradójica, puesto que si recurren a este estilo de afrontamiento, entonces ¿Por qué son hipertensos? Quizá podría explicarse por el hecho de que no siempre supriman o nieguen, aunque hayan utilizado estos estilos en los dos experimentos referidos.

Por ello es necesario no sólo reconocer las respuestas emocionales y de estrés asociadas, sino también comprender los esquemas cognitivos que explican la forma como los individuos interactúan tanto con ellos mismos como con el medio, siendo los esquemas quienes permiten reconocer las premisas que subyacen a la dirección de sus comportamientos y sus relaciones entre el sujeto y su contexto.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los componentes cognitivo-emocionales que participan en el afrontamiento psicológico de un grupo de pacientes con diagnóstico médico de hipertensión esencial.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los niveles de estrés que manifiestan los pacientes y su apreciación ante acontecimientos vitales desde la prueba de EAE (Escala de Apreciación del Estrés).
2. Caracterizar las respuestas de ansiedad de los pacientes con diagnóstico de hipertensión esencial desde el ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) con los componentes cognitivos, motores y fisiológicos.
3. Describir los Esquemas Maladaptativos Tempranos que caracterizan el componente cognitivo-ideacional de los pacientes, a partir del cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT-S2), en las categorías de

Desconexión y Rechazo, Incapacidad de autonomía o desempeño, Falta de Límites, Hipervigilancia e Inhibición y Gobierno de los otros.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO HISTORICO

En el presente capítulo se exponen algunas consideraciones teóricas y metodológicas que se han llevado a cabo en diversas investigaciones acerca de las variables de estudio, Estrés, Ansiedad y Esquemas Maladaptativos Tempranos, relacionadas en el proyecto, como factores mediatizadores participantes en las estrategias de afrontamiento incidentes en el proceso salud/enfermedad.

A través de la historia se han desarrollado diversas investigaciones, en amplios sentidos, concluyentes para el estudio de la enfermedad, en este caso, Hipertensión Arterial Esencial, dada la marcada incidencia que ésta tiene en la población a nivel general de todo el mundo y a partir del creciente incremento de las cifras de hipertensos, especialistas de diversas ramas han intentado dar un abordaje y una explicación para el acrecentamiento de la enfermedad encontrándose investigaciones que la relacionan con diversas causas ya sea biológicas, genéticas, psicológicas, sociales, inmunológicas, entre otras, hasta llegar a etiologías multifactoriales, desprendiéndose a partir de allí diferentes abordajes y tratamientos.

Por su parte la Medicina ha ahondado en el tratamiento médico-farmacológico, para controlar y tratar los síntomas y sus consecuencias, a corto y largo plazo, en este

sentido se encuentran, investigaciones como la de la Lercanidipina ZANIDIP¹² la cual ha sido fruto de la experiencia en investigación del Laboratorio Farmacéutico Italiano Recordati, licenciada para el grupo farmacéutico Biotoscana S.A. en Colombia.

Esta investigación, netamente farmacológica, ha tenido como objetivo, investigar y desarrollar nuevas moléculas capaces de mantener una buena eficacia antihipertensiva sin efectos adversos importantes a fin de disponer de medicamentos que se adapten no sólo al médico, sino también al paciente hipertenso, presentando como una de las mejores opciones de tratamiento la Lercanidipina ZANIDIP, de la familia de los antagonistas del calcio, que tiene eficacia antihipertensiva, baja incidencia de taquicardia, edema maleolar o rubefacción y posiblemente puede tener efectos antisquémicos y antioxidantes.

Los investigadores señalan que el peligro potencial de la hipertensión arterial se relaciona sobre todo con el mayor riesgo de sufrir arteriopatía coronaria y enfermedad cerebro-vascular, para ello efectúan estudios en los cuales se demuestra que el tratamiento farmacológico de la H.A. disminuye significativamente la incidencia de las enfermedades cerebro-vasculares y coronarias; se ha calculado que el aumento de la presión diastólica podría incrementar la mortalidad al cabo de dos años en un 8%.

Para efectos de la investigación, este estudio propone la medicación antihipertensiva como el principal método de reducción de H.A excluyendo otro tipo de intervenciones como las psicológicas que a nivel científico han demostrado gran eficacia, validez y confiabilidad.

¹² ZANIDIP, Lercanidipina. Monografía del producto. [CD_ROM]: Colombia: Biotoscana, 2001.

Siguiendo con la línea médica, se encuentran en esta perspectiva investigaciones de tipo preventivo como la titulada “Vigilancia en Salud de la Hipertensión Arterial en la Atención Primaria de Salud”¹³. Esta investigación fue desarrollada en Cuba con el objetivo de diseñar y operacionalizar un sistema que comprende el seguimiento, recolección, sistematicidad, análisis e interpretación de datos sobre sucesos en salud u otras condiciones relacionadas para ser utilizadas en la planificación, implementación y evaluación de programas en salud pública, cuyo elemento básico es la divulgación de la información a los que necesitan conocerla, para lograr una acción de prevención al sistema.

Este proceso se implementó entre mayo y diciembre de 2001, en el poblado de Manzanillo (Cuba), con una población compuesta por 105.400 habitantes adultos, mayores de 15 años, para identificar los casos de hipertensión arterial, los hipertensos controlados, los hipertensos con tratamiento no farmacológico e insuficiencia renal crónica, mostrando al terminar el estudio, la alta prevalencia de hipertensión en ese país al igual que en el mundo, dejando ver la importancia, en cuanto a enfermedad, morbilidad y mortalidad, que tiene el prevenir y controlar enfermedades como trastornos cardiovasculares e hipertensión, pero no sólo a nivel médico como se plantea en esta investigación sino que también intervengan a nivel psicológico para evitar así también enfermedades psicosomáticas. Al implementar este tipo de sistemas de vigilancia se tiene la oportunidad de discriminar la población que presenta estos trastornos y permite controlar y determinar estrategias para dar solución a dicha problemática, pero muestran solamente opciones clínico-farmacológicas después de indicar la prevalencia y no se deja ver ningún tipo de intervención que proporcione estrategias tanto cognitivas, conductuales, de afrontamiento y de resolución de problemas que brinden otro tipo de abordaje.

¹³ URQUIZA ALVAREZ; RAMIREZ NUÑEZ y SANTISTEBAN SANCHEZ, Op. cit., p. 1

En la investigación, valoración del estrés laboral sobre la actividad celular de monocitos y linfocitos t. estudio en una empresa de transporte público, realizada por el Hospital de Bermeo 1900-2000¹⁴, se relacionan aspectos inmunobiológicos del estrés, incluyendo mediciones psicológicas dentro del estudio. En éste se cuestiona acerca de la interdisciplinariedad de los conceptos clínicos e investigativos en torno al dualismo mente-cuerpo y se expone la perspectiva psiconeurocrinoimmunológica como un avance en la comprensión de los mecanismos por los cuales el estrés es capaz de producir cambios patológicos que aumentan la susceptibilidad a las enfermedades, señalando que sería el SNC el que dirigiría la respuesta ante los posibles desafíos para nuestro organismo por medio de terminaciones nerviosas y factores humorales que actuando a distancia modulan el comportamiento de la células inmunocompetentes, cuya finalidad es mantener la homeostasis, interactiva o bidireccional, a través de circuitos de retroalimentación de carácter estimulador o facilitador, además se plantea la evidente interacción neuroquímica entre sistema endocrino, función cerebral y sistema inmune. Por lo mencionado anteriormente se realiza la investigación que tiene por objetivo evaluar si una situación de estrés puede provocar alteraciones en las células que inician y regulan la respuesta inmunitaria (monocitos y linfocitos T) con 50 trabajadores de sexo masculino de una empresa de transporte público de Gran Bilbao (España) y una media de 43 años de edad; de los cuales 25 habían obtenido puntuaciones máximas (nivel de estrés 10) y 25 puntuaciones mínimas (nivel de estrés 0) entre un total de 268 personas de las cuales se le habían aplicado los instrumentos de medida que fueron nivel de estrés (NE 319), STAI estado/rasgo, sucesos vitales (SRE), perfil de personalidad (16 PF) salud general (6 HQ) y la escala de clima laboral (WES).

Después de la aplicación de la batería de pruebas psicológicas, a cada trabajador se le extrajo una punción venosa de sangre periférica, heparinizada y sin

¹⁴ FRANCO VICARIO, Ricardo. Aspectos inmunobiológicos del estrés [en línea]. Universidad de Deusto. [Consultado Octubre de 2005]. Disponible en Internet: <<http://www.hospitalbermeo.org/Castellano/info/formacion/publicaciones.htm>>

anticoagulante, luego de esto, se realizaron las pruebas de laboratorio pertinentes para arrojar los resultados. Demostrándose que el estrés modifica la fagocitosis lo cual indica que la capacidad fagocítica celular aumenta en condiciones de estrés, a nivel basal el antígeno HJAPR en individuos con estrés máximo disminuye y existe un menor índice proliferativo en los individuos con mayor nivel de estrés. De lo cual los autores de la investigación deducen que el estrés como consecuencia de la reacción de un individuo al medio laboral, modifica ciertas capacidades de las células que inician y regulan la inmunidad; monolitos y linfocitos T.

Del estudio expuesto, aunque evidentemente médico – fisiológico se rescata la postura teórico-interdisciplinar en donde se le da primacía a los efectos inmunobiológicos del estrés pero se le resta importancia a los factores psicológicos tanto cognitivos, conductuales y ambientales en las consecuencias sobre la salud del individuo, la aparición de síntomas y el proceso de enfermar.

En otra investigación; "Conocimientos y Factores de Riesgo Cardiovascular y su Relación con la Presencia de Hipertensión Arterial¹⁵", Esneda Barrera, Nancy Ceron y Martha Consuelo Ariza (1998), hicieron un estudio de tipo descriptivo correlacional, donde seleccionaron a 68 funcionarios entre administrativos, directivos, operativos, servicios generales y docentes a los que se les aplicó una entrevista estructurada y un formulario que contenía las variables independientes de factores de riesgo modificables, no modificables, de conocimientos y la variable dependiente hipertensión arterial. Se aplicaron medidas biofisiológicas como toma de tensión arterial, talla, peso, glicemia y colesterol, hallándose que la mayoría de la población estudiada conocía los factores de riesgo cardiovasculares, presentaban factores de riesgo no modificables como la edad sexo, antecedentes

¹⁵ BARRERA, Esneda; CERON, Nancy y ARIZA, Martha Consuelo. Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de hipertensión arterial. Neiva, 1998. Trabajo de grado (Enfermería). Universidad Sur Colombiana, programa de enfermería. p. 4, 40.

familiares modificables como el sobrepeso, sedentarismo, estrés y niveles elevados de colesterol, asociación significativa entre antecedentes familiares y presencia de enfermedad hipertensiva.

Por último se encontró que más del 90% de los funcionarios de la Universidad de USCO identificaron como factores de riesgo al estrés, consumo de alcohol, hipertensión arterial, colesterol elevado, exceso de peso y fumar; más del 80% de los encuestados consideraron que consumir alcohol, el exceso de peso y el estrés pueden ser modificables y llama la atención que sólo 58.8% consideraron los antecedentes personales como factores de riesgo.

Demostrándose en este estudio la posibilidad de relacionar y asociar causas biopsicosociales dentro de la etiología y mantenimiento de la enfermedad, avanzando y acercándose a la realización de estudios e [investigaciones](#) en [la ciencia](#) psicológica sobre este importante [proceso](#).

Por su parte la Psicología en su rama cognitivo-conductual hace énfasis en los esfuerzos de afrontamiento y el modo en que estos afectan la salud a lo largo del tiempo dirigiéndose hacia las vías por las que las formas de afrontar los acontecimientos de la vida diaria puede afectar la salud. Unido a esto se estudia en las últimas décadas a los Esquemas Maladaptativos Tempranos, que surgen a partir de las necesidades básicas no satisfechas en la infancia que según Young son universales y las poseen todas las personas en mayor o menor proporción, siendo en términos del autor psicológicamente saludable quien pueda satisfacer adaptativamente las necesidades emocionales centrales.

En este contexto se halló dentro del artículo “Estrategias de Afrontamiento e Hipertensión Esencial¹⁶”, elaborado por José Ignacio Cea Ugarte, José Julio Brazal Raposo y Asunción González-Pinto Arrillaga del Departamento de Neurociencias, Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad del País Vasco (España) una recopilación de estudios que correlacionan hipertensión arterial y estrategias de afrontamiento y muestran los resultados hallados por ellos dentro de su investigación.

En el trabajo los autores plantean que se han desarrollado diversos estudios relacionando los diferentes estilos de coping o estrategias de afrontamiento, con la reactividad cardiovascular en la presión arterial o en la tasa cardíaca. Clark (1997), en relación con el coping focalizado en el problema, encontró que está inversamente relacionado con las respuestas cardiovasculares y fue el más consistente predictor de las mismas, en tareas de charlas estresantes. A mayor utilización de esta estrategia menor presión arterial. Clark (1997) en relación con el coping focalizado en la emoción, encuentra que está relacionado de forma positiva con la respuesta cardiovascular, a mayor utilización del coping de focalización en los síntomas de la ansiedad, mayor respuesta cardiovascular. Contrariamente, Hahn y cols. (1993) investigaron la repercusión del estilo de coping focalizado en la emoción y en el problema sobre la presión arterial, dividieron a los sujetos, hombres, según su reactividad al estrés en sujetos normotensos e hipertensos. Los resultados mostraron que los sujetos con exagerada reactividad en la presión arterial usaron menos las estrategias de coping focalizado en la emoción que los sujetos sin reactividad arterial. Fontana y cols. (1998) así mismo, encontraron que el incremento del uso del coping focalizado en la emoción, si era seguido por reevaluación positiva para reducir la tensión, se correlacionaba con bajos niveles de la línea base. La percepción de los estresores diarios como más estresantes estaba asociado con altos niveles de presión diastólica en la línea base.

¹⁶ CEA UGARTE; BRAZAL R. y GONZALEZ-PINTO, Op. cit., p. 1.

En otro estudio se ha encontrado valores altos de presión sistólica durante el uso de coping activo, manteniéndose la presión hasta treinta segundos después de finalizado el coping activo en una tarea (Mueller y cols., 1998). Esta reactividad cardiovascular parece incrementarse en estilos vigilantes y en contextos sociales (Smith y cols., 2000), particularmente en los sujetos que muestran un coping activo de forma tenaz. Se mostró que había diferencias en el efecto del coping activo sobre la presión sanguínea entre hombres y mujeres, incrementándose la presión y el riesgo de sufrir hipertensión en los hombres y disminuyendo en las mujeres (Dressler y cols., 1998).

Las modificaciones cardiovasculares también van a estar influenciadas por el sentimiento que se tenga de la habilidad propia al realizar una tarea, estando relacionado el coping activo con la habilidad percibida hacia la tarea concreta (Wright y cols., 1994), afectándose particularmente, con el coping activo, la tasa cardíaca (incremento) y la presión diastólica, pero no la sistólica. Este dato parece hacer suponer que subyacen diferentes mecanismos fisiológicos que hacen que se vea afectada la diastólica y no la sistólica (Bongard y cols., 1997).

El afrontamiento activo de tipo cognitivo parece provocar reactividad cardiovascular con incremento en la presión y la tasa cardíaca (Gautier y cols., 1997). La utilización cognitiva para suprimir la expresión emocional, como la rabia, parece tener influencia en la presión arterial. En relación a esto Suchday (1996) encontró que el uso de la capacidad cognitiva para suprimir la expresión de rabia incrementaba la presión diastólica, en contraste con las personas que reprimían la rabia.

Se ha comentado que en el coping activo, la habilidad percibida sobre una tarea

determinada aumentaba la tasa cardíaca y la presión diastólica. Los investigadores han encontrado que la percepción de autoeficacia incrementa la presión arterial, pudiendo ser un componente integral del proceso de coping activo. De igual modo, recibir feedback de alta habilidad para una tarea también incrementa la presión arterial mientras que un bajo feedback incrementa de forma menor la presión arterial. Estos incrementos en la presión arterial, presumiblemente se producen por activación beta-adrenérgica sobre el miocardio (Waldstein y cols., 1997). En la misma línea de resultados Guerin y cols. (1995) en una investigación experimental encontraron que la condición de autoeficacia tuvo mayores incrementos en la presión arterial que los sujetos en la condición de baja autoeficacia. Concluyen que la autoeficacia para una tarea puede ser una parte integral del proceso de coping activo, afectando indirectamente a la presión arterial. Similares conclusiones obtuvo Vogel (1999), en cuyo trabajo la autoeficacia se relacionó con cambios tanto en la tasa cardíaca como en la presión arterial.

En esta misma línea y en lo que algunos autores especifican como coping activo centrado en el "problema", éstos encuentran que está inversamente relacionado con las respuestas cardiovasculares (Clark, 1997). Otros estudios confirman estos resultados, relacionando al coping centrado en el problema y el mayor bienestar físico, comparado con el coping de estilo emocional o de evitación, los cuales correlacionaron de forma positiva con síntomas somáticos de tipo inmunológico, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, músculo-esquelético, piel-alergia y genitourinario. Así mismo, los sujetos que usaron el estilo de afrontamiento cognitivo y/o conductual del problema, tuvieron menores puntuaciones en la escala total de síntomas somáticos y en las puntuaciones parciales de cada escala. En este trabajo se define el coping centrado en el problema como de tipo "activo" (Viñas et al., 2000).

Algunas investigaciones sobre el coping represivo y la presión arterial muestran, desde hace tiempo, una correlación positiva entre ambos (Davies, 1970). Otras investigaciones sobre el estilo de coping represivo, entendido éste como "minimización o denegación de emociones relacionadas con el estrés o la minimización de las manifestaciones somáticas o psicológicas de estrés", encontraron una asociación no significativa entre coping represivo y presión arterial elevada (O'Sullivan, 1999; Westmaas, 1996). En cambio, otros estudios concluyen que los sujetos represivos mostraban mayor activación fisiológica (Coy, 1998) y cardiovascular (Mitchel, 1998). En sentido similar, otros estudios han encontrado que sujetos sometidos a intenso estrés, el cual provoca una intensa activación psicológica con aumento de la tasa cardíaca y presión arterial, informan, en cambio, de bajos niveles de diestrés (Nyklicek, Vingerhoets, Van Heck, Van Limpt, 1998; Pág. 145). El coping represivo sería un "auto-engaño" para evitar experiencias de mucha intensidad percibida de forma consciente.

Otro estilo de coping es el "defensivo". Algunos estudios encontraron que este tipo de coping estaba asociado con la elevación de la tasa cardíaca, el descenso en la expresión del afecto negativo e incrementos en los marcadores paralingüísticos de ansiedad. Estos datos avalan el modelo biopsicosocial de la hipertensión, dados los patrones específicos individuales cardiovasculares y de comunicación en la hipertensión (Abdul-Karim y cols., 1999).

El coping defensivo también repercute en los niveles de respuesta neuroendocrina y cardiovascular como consecuencia de tareas (charlas) en público. Las personas clasificadas como represivas-defensivas muestran gran respuesta secretora de hormona adrenocorticotropa (ACTH), así como altos niveles de presión sistólica mientras se mantiene la duración de la tarea de hablar en público. Esta reactividad es mayor en la tarea interpersonal de hablar en público que en tareas mentales de

aritmética. Esto parece diferenciar a la reactividad al estrés en dos tipos: interpersonal e intrapersonal. Así mismo, existe una discrepancia entre los auto-informes sobre la respuesta de ansiedad y la reactividad cardiovascular y endocrina. Esto parece mostrar que los sujetos defensivos no son capaces de "leer" su reactividad somática, aunque estén activados (Al-Äbsi, 1995).

Otro estilo de coping que está relacionado con la actividad cardiovascular y con incrementos de la presión sistólica es el estilo "evitativo". En una investigación de Kolhman y cols. (1996), los sujetos que puntuaron alto en evitación mostraron una mayor calificación en la presión sistólica, evidenciando además una disociación verbal autonómica, ya que los auto-informes de ansiedad y las respuestas autonómicas reflejan distintos sistemas de respuestas ya que parecen no estar relacionados.

En el estudio de González-Pinto y cols. (1997), se encontró que la Reactividad Emocional y Vegetativa (IRE) (labilidad vascular) se relacionaba en los sujetos con conductas evitativas. La preferencia de usar una estrategia de tipo evitativo incrementa la reacción evitativa al principio, ante tener que elegir si se utiliza o no una estrategia (Luce, 1998).

En relación con las estrategias, algunos autores como Theorell y cols. (2000) o Haerenstam y cols. (2000) hablan del coping "encubierto". Este coping se trata de un afrontamiento cognitivo que en hombres encontraron asociado a la prevalencia de hipertensión, en cambio en las mujeres el mismo coping estaba relacionado con bajas puntuaciones en la presión arterial. Este coping también estaba relacionado con la libertad de decisión: a menor libertad mayor presión arterial. Haerenstam y cols. (2000), encontraron también que la alta utilización del coping encubierto en

hombres y en mujeres estaba asociado a enfermedad coronaria.

Otra estrategia importante es la "búsqueda de apoyo social" (Fernández-Abascal, 1997). Según Kornegay (1999), el apoyo social puede ser beneficioso en determinadas circunstancias. Generalmente, el alto apoyo social se consideraba beneficioso para la presión sanguínea solamente ante bajos niveles de hostilidad, pero no era efectivo ante altos niveles de hostilidad. Este autor sugiere, a la vista de sus resultados, que la dosificación en la expresión de la rabia puede ser más beneficiosa que el incremento del apoyo social. Los datos de esta investigación sugieren que el estilo de expresión habitual de rabia, tanto hacia uno mismo como hacia el exterior, puede tener un efecto adverso en la presión sanguínea. Los individuos cuyas respuestas de rabia son moderadas, pueden tener bajos niveles de presión sanguínea. Por su parte Uchino y cols. (1999), Collins (1999) y Steptoe (2000) sugieren que para que el apoyo emocional sea un factor moderador de las situaciones, el sujeto debe buscar ese apoyo durante las situaciones de estrés. Anthoni y cols. (1999) no encuentran diferencias significativas entre personas con y sin apoyo social en relación con la reactividad cardiovascular. En la misma línea de resultados, Tennant (1999) encuentra que el apoyo social no es un moderador de la relación entre la vida estresante y la enfermedad cardiovascular. Aunque parecen ser factores de riesgo sobre la salud cardiovascular, los acontecimientos vitales estresantes y el bajo apoyo social, no son mecanismos de riesgo, ya que se cree que las variables provocadoras más probables pueden ser las alteraciones en el estado de ánimo.

Para finalizar, los autores plantean los resultados de su investigación a partir de la valoración de un grupo integrado por quince sujetos voluntarios, con edades comprendidas entre 44 y 55 años, de los cuales 7 de ellos no terminaron el tratamiento por diferentes razones, la edad media fue 50 años ($dt = 3,45$), respecto

al sexo dos eran mujeres y trece hombres. Al culminar el estudio los investigadores hacen una propuesta de las características del sujeto hipertenso en relación con la población general.

Para ellos el sujeto hipertenso busca menos el apoyo emocional en los demás (búsqueda de apoyo social emocional), se centra más en comportamientos de tipo cognitivo y conductual (actividad cognitiva y conductual) que la población general siendo mayor la actividad cognitiva, busca información para la solución de su problema (focalización en la respuesta) pero de modo cognitivo e ineficaz ya que no hay transformación en conductas que solucionen su problema, quedándose la solución a nivel cognitivo evitando cualquier tipo de respuesta o solución al problema (desconexión comportamental).

En cuanto a los Esquemas Maladaptativos Tempranos propuestos por Young, son pocas las investigaciones que han relacionado las variables propuestas por el grupo investigador, hallándose estudios con diferentes orientaciones, temáticas y objetivos, por ejemplo, en la investigación de Nora Helena Londoño de la Universidad de San Buenaventura de Medellín se expone el estudio sobre el trastorno por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas¹⁷. El proyecto busca identificar el perfil cognitivo y psicopatológico de las personas con abuso y dependencia de sustancias psicoactivas partiendo del supuesto diferencial de grupos, dependiendo el tipo de sustancias de abuso, utilizando casos de alcohol, casos de marihuana, casos de policonsumo, casos de éxtasis y controles, ubicando a treinta participantes en cada grupo de casos (total 120) por 60 controles, utilizando como instrumentos de recolección de información el Checklist TADS

¹⁷ LONDOÑO, Nora Helena. Perfil cognitivo y psicopatológico del trastorno por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas [en línea]. Universidad de San Buenaventura. [Consultado 12 de noviembre de 2006]. Disponible en Internet: <http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2003II/4%20ANTECEDENTES%20TEMPRANOS%20%20Y%20MODALIDADES%20DE.pdf>

(Londoño, 2002); el cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos (J. Young 2003) subescalas de Autovaloración y Relación; el cuestionario de Estrategias de afrontamiento al estrés (Lazarus y Folkman, 1987, modificado y en estudio por Londoño y col.2001) y el cuestionario MCMI-II (T. Millón, 1998).

En otra investigación se hace una aproximación a los Esquemas Maladaptativos Tempranos en la depresión de José M. Arguedas¹⁸; desde la perspectiva del modelo conceptual de la terapia centrada los esquemas se vincula las experiencias traumáticas de su infancia y adolescencia con el origen de determinados esquemas inadaptados que repercutieron en su vida adulta hasta llevarlo a la muerte (suicidio).

En este artículo a partir del análisis de la vida de Arguedas se plantean los posibles EMT desencadenantes de su vida; en primera instancia se postula el Abandono/Inestabilidad, puesto que la madre muere al cumplir él tres años de nacido, además no se suple esta carencia con un hogar, ni un ambiente familiar estable y seguro incluyendo aquí cierto tipo de abuso, entrando en el área de Abuso/desconfianza, vivenciada por este personaje al ser sometido a diversas humillaciones por parte de su madrastra y hermanastro, hasta llegar a cierta clase de atropellos sexuales que lo marcaron por el resto de su existencia.

Otra área marcada en José M. era la de Deprivación emocional, ya que éste se sentía como si hubiese perdido algo, se sentía vacío, solo y desamparado, manifestándose una profunda necesidad de ser amado, obtener cariño, lo cual busca incesantemente, pero esta ansia de felicidad se ve empañada por su desconfianza conduciéndolo a nuevas ansiedades; no se convence del amor que le

¹⁸ MANRIQUE GALVEZ, Op cit., p. 5.

ofrecen y cree que nadie podrá amarlo. Subsecuente a esto se manifiesta un aislamiento social que lo hace sentirse apartado, excluido o marginado de todo grupo.

El área de dependencia y vulnerabilidad se presenta en Arguedas, al sentirse poco capaz de asumir el cuidado de sí mismo, experimentando la vida como abrumadora, viéndose a sí mismo como inadecuado para un afrontamiento efectivo. Este esquema se insinúa en el sujeto con una menor fuerza que los anteriores esquemas, sin embargo, se pone de manifiesto puesto que está directamente relacionado con el problema de la depresión. El esquema de vulnerabilidad al daño o a la enfermedad aparece muy tempranamente en Arguedas, puesto que desde niño expresaba horribles espantos nocturnos, continuando en el colegio, cuando sentía repentinos temores a la muerte, acrecentándose en la edad adulta, en la cual tenía como emoción predominante la ansiedad, siendo su asidua compañera la depresión; que lo llevo a estados tales de alteración y perturbación en los cuales se suicidó. Mostrándose en esta investigación la magnitud que podría alcanzar un estado alterado de EMT y déficit de afrontamiento.

Por otro lado se ha encontrado el proyecto de práctica de Stephanie Mancini Gutiérrez (2005) en la Universidad del Norte sobre el “Perfil Cognitivo de las parejas con Violencia Intrafamiliar”¹⁹, que tiene como principal objetivo, describir el perfil cognitivo de las parejas en las que se presenta la violencia intrafamiliar. Para este estudio se utilizó el Cuestionario de EMT de Jeffrey Young, a través del cual se identificaron los esquemas maladaptativos que rigen el comportamiento de estas personas, para describir el perfil cognitivo de los mismos e identificar el perfil tanto

¹⁹ MANCINI GUTIERREZ, Stephanie. Perfil cognitivo de las parejas con violencia intrafamiliar. Barranquilla, 2.005. Trabajo de practicas (psicóloga). Universidad del Norte. Facultad de Psicología. p. 4, 36, 37.

de las víctimas como de los agresores y así poder tomar las medidas pertinentes que permitan prevenir el desarrollo de estos esquemas maladaptativos en el futuro.

Según los resultados obtenidos en la investigación se observó que existen algunas diferencias y convergencias entre los puntajes obtenidos por hombres y mujeres, que permiten diferenciar el perfil cognitivo de cada uno de ellos. De modo que, las mujeres presentan un perfil cognitivo de sometimiento y dependencia, con ciertas características como la sumisión y auto-sacrificio que de algún modo, permite a sus parejas ejercer violencia hacia ellas, pues éstas tienen temor a expresar sus emociones por temor al abandono. Por otro lado, los hombres presentan un perfil cognitivo de abuso, que los lleva a ejercer poder sobre sus parejas, pues se sienten con todo el derecho a exigir lo necesario para que sus deseos sean satisfechos, sin importar que esto haga daño a su pareja, hecho que denota un modelamiento de conductas frías, adustas, severas, demandantes, distantes y abusivas de sus familias, lo que limita la expresión de emociones y afecto hacia los demás, en especial hacia su pareja.

4.2 MARCO TEÓRICO

4.2.1 Estrés. Desde hace muchas décadas se ha tratado de elaborar una conceptualización o una definición del termino estrés, sin llegar a la unificación total de criterios, unos lo definen en términos de estímulo, de respuesta o de consecuencia, así mismo otros guiados por la perspectiva o corriente manifestada emitirán conceptos más fisiológicos, endocrinológicos, inmunológicos, sociales o psicológicos que los demás.

Hans Selye, hace una primera definición e introduce en 1936 el término *stres* (estrés) en el ámbito de la salud para designar la respuesta general e inespecífica del organismo a un estresor o situación estresante²⁰. Posteriormente y después de varias modificaciones en la redacción de la definición del término, hacia 1974, termina por decir que el estrés es una respuesta inespecífica del cuerpo ante cualquier demanda²¹.

Estas definiciones no explicaban totalmente el significado, ni abarcaban totalmente la concepción por tal razón se seguía buscando en el ámbito científico y en las diversas corrientes un concepto más específico, explícito y detallado que incluyera otros aspectos. Por ejemplo, en esta misma línea fisiológica a partir de los estudios de Selye, se define estrés como el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo, con activación específica neuro-endocrina ante el estresor amenazante²².

Por otro lado y más recientemente Labrador y sus colaboradores dicen que la respuesta de estrés es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio, considerando que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer. Además plantean que la respuesta de estrés consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva, así como la preparación del organismo para una intensa actividad motora. Pero si esta respuesta de estrés es excesivamente frecuente, intensa o duradera puede tener consecuencias negativas, pues se obliga al organismo a mantener una activación por encima de

²⁰ FERNANDEZ-BALLESTEROS, Rocío. Evaluación conductual hoy : un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid, España : Pirámide, 1994. p. 484.

²¹ CRUZ MARIN, Carlos y VARGAS FERNANDEZ, Luís. Estrés : entenderlo es manejarlo. México : Alfaomega, 2001. p. 28.

²² Ibid., p. 29

sus posibilidades, facilitándose un desgaste excesivo de este con alteraciones o deterioros en su funcionamiento²³.

En 1966 Lazarus sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. Por lo tanto, no se considera el estrés como una variable sino como una rúbrica de distintas variables y procesos²⁴. Según sus partidarios, el estrés es un proceso interaccional, una relación particular entre la persona y la situación, que se produce cuando la persona valora que las demandas gravan o exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar. Hacia 1984 Lazarus y Folkman definen el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su propio bienestar personal, siendo una relación dinámica y bidireccional entre la persona y el entorno²⁵.

De acuerdo al medio o contexto en que se desenvuelva el individuo y a las situaciones estresantes que este vivencie, se vera afectada de una u otra forma su estilo de vida y su salud; la exposición a estrés relacionado con el trabajo por un largo periodo de tiempo puede producir desordenes físicos y mentales, afectar al sistema inmune y producir como resultado una enfermedad.

En Colombia la tabla de enfermedades profesionales, decreto 1832 de 1994 incluye en el artículo 1 numeral 42, las patologías causadas por estrés en el trabajo, entre

²³ FERNANDEZ-BALLESTEROS, Op. cit., p. 484.

²⁴ LAZARUS y FOLKMAN, Op. cit., p. 36.

²⁵ GUERRERO BARONA, Eloísa. Salud, Estrés y factores psicológicos [en línea]. Centro asociado de Mérida. Departamento de psicología básica. [Consultado 28 de Agosto de 2006]. Disponible en Internet: <<http://www.aidex.es/estres/articuloseloisa/eloisa2.htm>>

las cuales se contemplan enfermedades del sistema cardiovascular, gastrointestinal así como de salud mental. Esas patologías tienen una gran incidencia en la morbilidad de la población trabajadora²⁶.

4.2.1.1 Componentes del estrés. Entre los componentes del estrés se encuentra el fisiológico, el cognitivo y el motor.

Ψ Componente Fisiológico. Dentro del cual se dice que las situaciones de estrés producirán un aumento general de la activación del organismo y actualmente se considera que diferentes mecanismos neurales y endocrinos en la respuesta de estrés pueden ser activados selectivamente, distinguiéndose tres ejes de actuación de la respuesta de estrés a nivel fisiológico, a nivel neural, neuroendocrino y endocrino.

φ Eje Neural: Se activa de forma inmediata ante una situación de estrés ya que su vía de actuación es exclusivamente neurológica. Implica la activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) rama simpática y la activación del Sistema Nervioso Periférico (SNP). Las principales manifestaciones de la respuesta de estrés a través de la activación de este eje son aumento del ritmo cardíaco (SNA), aumento de la presión arterial (SNA), sequedad de la boca (SNA), sudoración intensa (SNA), nudo en la garganta (SNA), adormecimiento/hormigueo en los miembros (SNP), dilatación de las pupilas (SNP), dificultad para respirar (SNP).

²⁶ Protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés. Una oportunidad para la prevención. 2004 pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Ministerio de protección social. P.9

ϕ **Eje Neuroendocrino:** Se considera como el de enfrentamiento-huída, pues prepara al organismo para una intensa actividad muscular que le permita responder a una amenaza externa, es más lento en su activación y necesita de unas condiciones de estrés más mantenidas, además se dice que su activación mantenida puede facilitar, entre otros, la aparición de problemas cardiovasculares. Su disparo activa la médula de las cápsulas suprarrenales, provocando la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), lo que ayuda a aumentar y a mantener la actividad adrenérgica somática, produciendo efectos similares a los generados por la activación simpática. Entre los efectos más importantes están el incremento de la presión arterial, aumento del aporte sanguíneo al cerebro, aumento del ritmo cardíaco, aumenta la estimulación de los músculos estriados, aumento de los ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en la sangre, aumento en la secreción de opiáceos endógenos, disminuye el riego sanguíneo a los riñones, disminuye el riego sanguíneo al sistema gastrointestinal, disminuye el riego sanguíneo a la piel, aumenta el riesgo de hipertensión, aumenta el riesgo de formación de trombos, aumenta el riesgo de angina de pecho en personas propensas, aumenta el riesgo de arritmias y aumenta el riesgo de muerte súbita por arritmia letal, isquemia miocárdial, fibrilación miocárdial e infarto de miocardio.

ϕ **Eje Endocrino:** El disparo de este eje es más lento que los anteriores y de efectos más duraderos, además necesita una situación de estrés más mantenida para activarse. Este puede dividirse en varios sub ejes. El más importante es el eje adrenal-hipofisiario, que provoca la liberación de glucocorticoides (cortisol y corticosterona), cuyos efectos más importantes son el incremento de la producción de glucosa (glucogénesis), exacerbación de irritación gástrica, aumento en la producción de úrea, incremento en la liberación de ácidos grasos libres en el sistema circulatorio, se incrementa la susceptibilidad a procesos arteroescleróticos, supresión de los mecanismos

inmunológicos, supresión del apetito, sentimientos asociados de depresión, desesperanza, indefensión y pérdida de control, así como la de mineralocorticoides (aldosterona y desoxicorticosterona), que facilitan la retención de sal por los riñones y un incremento de los depósitos de glucógeno en el hígado y se facilita la secreción de andrógenos (testosterona)²⁷.

Ψ Componente Cognitivo. Es la forma en que el sujeto percibe su medio, es decir, como filtra y procesa la información de éste, además evalúa si las situaciones deben ser consideradas como relevantes o irrelevantes, agradables, aterrorizantes, etc., lo cual determinará en gran medida el modo de responder ante esa situación y la forma en que la persona se verá afectada por el estrés.

Dentro de los aspectos cognitivos se pueden distinguir varios elementos:

φ Valoración inicial automática de la situación o entrada estimular, hace referencia a un patrón de respuesta automática (R), que valora inicialmente la situación en términos de si es amenazante o no para el organismo, predominantemente afectiva y puede estar representada por el patrón de respuesta de orientación/defensa (RO/RD). Así una RD indicará que se percibe la situación como amenazante para el organismo preparándolo para actuar en consecuencia tratando de escapar o reducir dicha situación y una RO en la que se percibe la situación como amenazante para el organismo y le prepara para recoger más y mejor información.

²⁷ FERNANDEZ-BALLESTEROS, Op. cit., p. 487-490.

φ Valoración de las demandas de la situación, que implica ya un procesamiento de la información controlado, que actúa con posterioridad, en la cual el organismo valora las demandas de la situación y produce cambios en consecuencia de cómo valora éste la circunstancia. En esta instancia, aspectos como la historia personal, los aprendizajes y experiencias anteriores, pueden determinar esta valoración y en consecuencia la respuesta del organismo.

φ Valoración de las habilidades o conductas para hacer frente a la situación, en donde el organismo valora la situación en relación con sus propias capacidades y recursos, estimando hasta qué punto dispone de estrategias de afrontamiento (o coping) para manejarla.

φ Organización de la acción o selección de la respuesta, en la que de acuerdo con las valoraciones anteriores, el organismo selecciona las posibles respuestas a las demandas percibidas, decidiendo cuales de ellas debe utilizar²⁸.

Ψ Componente Conductual (motor). Las respuestas básicas ante situaciones de estrés pueden ser bien enfrentamiento (ataque), huida o evitación y menos frecuente pasividad (colapso). Disponer de habilidades adecuadas para hacer frente a las situaciones de estrés depende de si se han podido aprender las conductas pertinentes y de si la emisión de estas ha sido reforzadas en ocasiones precedentes. Asimismo, la utilidad de respuestas de afrontamiento vendrá determinada por sus consecuencias. A su vez, el tipo de respuesta de afrontamiento determinará la forma de afrontamiento de activación del organismo y

²⁸ Ibid., p. 486, 487, 489.

en consecuencia, el tipo de recursos y las estructuras fisiológicas movilizadas, así como los posibles trastornos psicofisiológicos que puedan generarse²⁹.

4.2.2. Ansiedad. La ansiedad por su parte, en muchas ocasiones es confundida con el termino estrés y se le da un significado similar siendo de la misma manera que esté definida de múltiples maneras dependiendo del autor y corriente manifestada. En este sentido se puede decir que la ansiedad es una respuesta emocional ante situaciones percibidas apreciadas o interpretadas como amenazantes, nocivas o peligrosas, que no son evaluadas real y objetivamente por el sujeto, reaccionando de manera desproporcionada y por ende desadaptativa, puesto que el individuo vivencia este tipo de situaciones de manera frecuente y prolongada.

También se ha expresado que la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Esto quiere decir que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que se puede calificar de emoción. A esto se añade un estado de activación neurofisiológico, que consiste en una puesta en marcha de los mecanismos que controlan la vigilancia. Al mismo tiempo, la ansiedad es adaptativa, ya que ayuda a enfrentarse a ciertos requerimientos y exigencias concretos de la vida. Las vidas humanas están llenas de ansiedades de diferentes clases: peligros, cargas crónicas (pobreza, hogar disfuncional), cambios en la vida (muerte de un ser querido) y conflictos³⁰.

²⁹ Ibid., p. 487, 489.

³⁰ FONTALVO MORALES, José Santiago. Niveles de ansiedad presentes en las personas desplazadas por la violencia y alojadas en albergues en el municipio de Santo Tomás-Atlántico. Barranquilla, 2.004. Trabajo de grado (psicólogo). Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Programa de psicología. p. 24, 25.

Para Feedman y Kaplan (1975), la ansiedad es un sentimiento de temor, muchas veces vago, acompañado de una o más sensaciones corporales recurrentes. Spielberger (1980), definió el estado de ansiedad como una aprehensión consciente y asociada a la activación del Sistema Nervioso Autónomo (Fremoun y Gross). Lader define la ansiedad como una emoción de naturaleza habitualmente desagradable que llega a ser intolerable; naturaleza prospectiva, dirigida hacia el futuro, en contra-posición con emociones tales como el remordimiento y la culpa, que proceden de acontecimientos del pasado³¹. Lazarus y Averill (citado en Spielberger, 1980), reafirma la ansiedad como una emoción basada en una intuición de amenaza, intuición o detección que establece elementos simbólicos anticipatorios³².

A pesar de esta variedad de explicaciones, desde el estudio pionero de Lang y Lazovik (1963), quienes evaluaron los tres sistemas de respuestas en un problema fóbico, ha ido aumentando el grado de acuerdo de evaluación conductual y en terapia de conducta con la conceptualización de la ansiedad de Lang (1968). En este sentido, la ansiedad se concibe como un constructo que designa un conjunto de respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas provocadas por determinadas variables antecedentes, sean tanto estímulos del medio como respuestas del propio sujeto que funcionan como estímulos³³.

4.2.2.1 Componentes de la ansiedad. Hace referencia al Triple Sistema de Respuesta psicofisiológico, cognitivo y conductual.

³¹ DURAN MOSQUERA, Amparo y CASTAÑEDA COLLAZOS, Zulma. Efectos de un entrenamiento cognitivo conductual sobre la ansiedad a la evaluación en niños de 5to de primaria. Barranquilla. 1997. Estudios de postgrados. Universidad del Norte. Facultad de Psicología. p. 14

³² Ibid., p. 14.

³³ FERNANDEZ-BALLESTEROS, Op. cit., p. 427.

Ψ Componente Psicofisiológico. El patrón de respuestas característico es el incremento de la activación de la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo, produciendo cambios en las respuestas cardiovasculares.

También ocurren cambios en las respuestas electrodérmicas. El incremento en la actividad de las glándulas sudoríparas, disminuye la resistencia y aumenta a conductancia de la piel. El tono muscular elevado puede generar movimientos espasmódicos y percibirse como entumecimiento o tensión en diversas partes del cuerpo. Otras respuestas psicofisiológicas son los cambios en la respiración que se perciben como sensaciones de ahogo acompañadas de suspiros; la actividad del sistema digestivo reducida, origina sequedad de boca, estreñimiento, etc.

Ψ Componente Cognitivo. Las respuestas cognitivas consisten en pensamientos e imágenes negativas referidas a la situación, al propio sujeto, a sus respuestas de ansiedad y/o a las consecuencias.

Al analizar la relación entre las respuestas de estos tres sistemas se observa el fenómeno de desincronización o fraccionamiento de respuestas, es decir, la falta de concordancia hallada entre medidas de respuesta de diferentes sistemas o de un mismo sistema, especialmente el psicofisiológico, en los problemas de ansiedad.

Ψ Componente Conductual (motor). Las respuestas más frecuentes son las de evitación activa, en la cual el sujeto lleva a cabo una acción que impide la aparición de los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad; y las de evitación pasiva, en donde el sujeto deja de realizar una acción consiguiendo que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten. Si el sujeto

se encuentra de forma inesperada presionado por otras personas en la situación que provoca las respuestas de ansiedad, escapa de la misma si le es posible, aunque a veces un sujeto decide autoexponerse, pero termina escapando de la situación cuando la intensidad de las respuestas de ansiedad alcanza un nivel elevado³⁴.

4.2.3 Esquemas Maladaptativos Tempranos. El modelo de los *Esquemas Inadaptados Tempranos (ETI)* o Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT), es una reciente concepción que se ha desarrollado en los últimos años dentro del paradigma cognitivo-conductual, por Jeffrey Young, a partir de algunos planteamientos teóricos de Beck en áreas de la personalidad, los esquemas, las estrategias y los modos.

La teoría de los esquemas de Young propone que los esquemas son estructuras mentales sumamente rígidas, que hacen referencia a la percepción que el individuo tiene de sí mismo, del medio que lo rodea y de su futuro. Estos, se instauran en la infancia y se desarrollan a través de la vida del individuo y le sirven como determinantes del procesamiento de experiencias posteriores. Según Young, los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) se originan en necesidades insatisfechas en la infancia, estas están constituidas por: Pertenencia, que a su vez esta integrada por seguridad, estabilidad, afecto, cariño y aceptación. La segunda necesidad insatisfecha, es la autonomía, integrada por la competencia y el sentido de identidad. La tercera, hace referencia a la libertad de expresar emociones y deseos válidos. Seguidamente, Young plantea la espontaneidad ejemplificada en el juego y la necesidad de límites realistas y control.

³⁴ Ibid., p.427.

De acuerdo a la satisfacción o no de las necesidades anteriores, los esquemas, pueden ser adaptativos o maladaptativos, esto dependerá del núcleo familiar en el que se encuentre inmerso el sujeto y por consiguiente en el proceso socializador que reciba. Los Esquemas Maladaptativos Tempranos son estables y duraderos, es decir, que son resistentes al cambio, confortables, familiares y a pesar de ser disfuncionales resultan bastante cómodos. Estos esquemas, se activan con estímulos ambientales y pueden pasar muchos años de manera inactiva y sólo activarse frente a un estímulo detonante específico³⁵.

4.2.3.1 Clasificación de los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT).

Young ha agrupado los EMT en cinco áreas, en ellas él describe las características familiares que contribuyen al origen de estos esquemas³⁶:

Ψ Desconexión y Rechazo. Surgen en familias que pueden haber sido frías, distanciadas, explosivas, imprevisibles o abusivas.

ϕ Esquema de Desconfianza-Abuso (Ma): Los individuos piensan que los otros finalmente van a herirlos, humillarlos, mentirles o manipularnos.

ϕ Esquema de Abandono-Inestabilidad (Ab): Las personas piensan que los otros no podrán seguir brindando su apoyo o afecto porque son impredecibles, abusivas, inestables o pueden morir.

³⁵ MANCINI GUTIERREZ, Op. cit., p. 23

³⁶ OBS CAMERIN, Julio. Introducción a la terapia cognitiva. Buenos Aires, Argentina : El autor, 2005. p. 117-121.

ϕ **Esquema de Carencia Emotiva (Ed):** Los individuos piensan que sus expectativas de apoyo no serán satisfechas. Esto puede ser en tres áreas: Falta de cariño, amor o compañía; falta de comprensión, de escucha o apertura recíproca y falta de guía o apoyo.

ϕ **Esquema de Defectuoso-Vergüenza (Ds):** Los sujetos piensan que son defectuosos, malos o inferiores en importantes aspectos y que no serán queridos o valorados si se exponen a ser conocidos.

ϕ **Esquema de Aislamiento-Alienación (Si):** Las personas piensan que son distintos, aislados y no forman parte de ningún grupo o comunidad.

Ψ **Incapacidad de Autonomía o Desempeño.** Surgen de familias sobreprotectoras, que socavaron la autoconfianza del niño y desalentaron su capacidad de desempeño afuera de la familia.

ϕ **Esquema de Dependencia-Incompetencia (Di):** Las personas piensan que son incompetentes, que no pueden resolver sus problemas o cumplir con sus responsabilidades o tomar buenas decisiones sin la ayuda de otros.

ϕ **Esquema de Vulnerabilidad al daño o a la Enfermedad (Vh):** Los individuos tienen miedo exagerado a que futuras catástrofes les van a acontecer sin que puedan evitarlas o manejarlas. Estas catástrofes pueden ser en su salud física, en su salud emotiva o en acontecimientos externos (accidentes, asaltos, etc.).

ϕ **Esquema de Fusión o Identidad no desarrollada (Em):** Los sujetos piensan que están totalmente ligados, “fundidos”, con otros seres significativos. A veces con sentimiento de vacío, falta de dirección o de identidad.

ϕ **Esquema de Fracaso (Fa):** Los sujetos piensan que han fracasado, que van a fracasar y que son menos capaces o exitosos que sus pares en determinadas áreas como el trabajo, los deportes, etc.

Ψ **Falta de Límites.** Surgen de familias donde predominaba la permisividad, la falta de control o los sentimientos de superioridad en vez de disciplina, cooperación o límites con base en responsabilidades.

ϕ **Esquema de Derechos-Grandiosidad (Et):** Los individuos piensan que son superiores, merecedores de privilegios, con derechos especiales, no atados a las reglas que guían las interacciones normales en su sociedad, sin consideración por los sentimientos de los otros.

ϕ **Esquema de Insuficiente Autocontrol (Is):** Las personas tienen poca tolerancia a la frustración y gran dificultad o negación a ejercer el autocontrol o a limitar la expresión de sus emociones o impulsos. Como mínimo tienen un énfasis exagerado en evitación de todo malestar, dolor, responsabilidad, esfuerzo, etc., a expensas de sus logros o compromisos.

Ψ **Gobierno de los otros.** Surgen de familias donde se condicionaba el amor, al cumplimiento de expectativas, y las necesidades de los padres se valoraban más que los sentimientos de los hijos.

ϕ **Esquema de Sometimiento (Sb):** La persona tiene el pensamiento de que sus propios deseos o necesidades no son importantes o válidos para los otros. En consecuencia, para evitar el posible enojo, venganza o abandono de otros, prefieren someterse al control de los demás. Hay dos formas de sometimiento: a) Sometimiento de necesidades (deseos, planes, etc.) y b) Sometimiento de emociones, como la ira.

ϕ **Esquema de Autosacrificio (Ss):** Los sujetos dan excesiva importancia a las necesidades de otros a expensas de las propias, generalmente para evitar la culpa, pues evalúan como egoísmo priorizar las propias. A veces, esto puede llevarlos a pensar que sus propias necesidades no se cubren y a generar resentimiento hacia los que están cuidando.

ϕ **Esquema de Búsqueda de Aprobación-Reconocimiento (As):** Los sujetos dan mucha importancia a lograr la aprobación o reconocimiento de otros porque su autoestima en particular y su auto-concepto en general, dependen fundamentalmente de las reacciones de los otros. Esto, puede influir en decisiones importantes de la vida, así como en su excesivo énfasis en el estatus, riqueza, etc.

Ψ Hipervigilancia e Inhibición. Surgen en familias demandantes, adustas, severas, donde el perfeccionismo prevalece sobre el placer y las emociones se esconden.

ϕ **Esquema de Negativismo-Pesimismo (Np):** Los pensamientos de estas personas se centran en los aspectos negativos de la vida. Generalmente tienen una exagerada expectativa de que las cosas que van bien terminen mal.

ϕ **Esquema de Inhibición Emotiva (Ei):** Los individuos piensan que sus emociones, deseos o debilidades son indignos y su expresión resultaría desagradable para otros o peligrosa para ellos mismos. En consecuencia, para evitar la desaprobación, el propio descontrol o la vergüenza, creen necesaria la inhibición de sus emociones, impulsos o acciones espontáneas.

ϕ **Esquema de Hiper-autocrítica o Sobre-exigencia (Us):** Los sujetos tienen la creencia de que es absolutamente necesario esforzarse al máximo para alcanzar niveles muy elevados de desempeño o resultados. Esto suele llevar a: a) un perfeccionismo detallista, b) reglas muy rígidas (demandas) en muchas áreas de su vida, o c) una excesiva preocupación por el rendimiento (aprovechamiento del tiempo).

ϕ **Esquema de Castigo-Intolerancia (Pu):** Se caracteriza por la convicción de que la gente debe ser castigada severamente cuando comete errores. Esto genera tendencia a la ira, la intolerancia y la impaciencia con los que no

cumplen con las expectativas, así como dificultad para perdonar. Esto también se refiere a ellos mismos (autoexigencia excesiva y culpa).

Una vez que la persona conoce y comprende sus esquemas y sus estilos de afrontamiento, puede comenzar a ejercer cierto control sobre sus respuestas, mejorando su capacidad de adaptación y su calidad de vida; aumentando el reconocimiento y el control conciente de los esquemas tempranos inadaptados se puede debilitar las emociones, sensaciones, conductas y pensamientos disfuncionales asociados con ellos³⁷.

4.2.4 Afrontamiento. El concepto de afrontamiento se ha venido utilizando en el ámbito psicológico desde hace más de 40 años, derivándose sus planteamientos tradicionales de dos corrientes distintas, la experimentación animal y la Psicología psicoanalítica del yo. El modelo animal se centra en el concepto de drive (arousal o activación) y generalmente define el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas y por tanto que disminuyen el grado de drive o activación e insiste en la conducta de evitación y huida. Mientras que en la tradición psicoanalítica del yo, el concepto de afrontamiento se relaciona sobre todo con la cognición y los procesos utilizados por el individuo para dominar las situaciones conflictivas, además conciben una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos, que producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados.

Más recientemente se ha definido el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como

³⁷ Ibid., p. 122.

excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Orientándose esta definición hacia el planteamiento de un proceso y no de un rasgo, por cuanto se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia, mientras que los rasgos se refieren a las características del individuo que le predisponen a reaccionar de una forma determinada.

4.2.4.1 El afrontamiento como proceso. El planteamiento del afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas situaciones. Segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por tanto el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar con estrategias defensivas y en otros con aquellas que le sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

Del planteamiento expuesto surge una característica muy importante de la conceptualización de afrontamiento y es que este incluye mucho más que la resolución de un problema y que su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. Sin querer que se confundan las funciones del afrontamiento con sus resultados, puesto que la función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia y el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene.

4.2.4.2 Funciones del afrontamiento. El afrontamiento cumple dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación, hablándose entonces de afrontamiento dirigido al problema y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia, que sería el afrontamiento dirigido a la emoción. De acuerdo a esto surgirían los modos de afrontamiento que vienen determinados por los recursos de que dispone el individuo, las creencias existenciales, las creencias generales sobre el control, los compromisos, los recursos materiales y para la resolución de problemas, las habilidades y el apoyo social. En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno y las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. Pero ambos, tanto afrontamiento dirigido al problema como afrontamiento dirigido a la emoción, se influyen el uno al otro, ya sea facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro o interfiriendo entre si, teniendo como finalidad ser utilizadas por las personas para afrontar las demandas internas y/o externas originadas por las situaciones estresantes de la vida real, en donde el sujeto muestra y hace uso de los recursos que posee para enfrentar la situación y obtener un resultado, que conlleva a la adaptación del individuo a su entorno³⁸.

En este sentido se hace atractivo e interesante analizar las variables estrés/ansiedad y Esquemas Maladaptativos Tempranos, que favorecen o participan en la adaptación del sujeto, actuando como posibles incidentes en las estrategias de afrontamiento utilizadas por éste, de manera que a partir del proceso de evaluación que la persona haga de una determinada situación, estará en capacidad de afrontar las demandas requeridas, influyendo tanto en el ámbito de

³⁸ LAZARUS Y FOLKMAN, Op. cit., p. 140-201.

trabajo y/o de la vida social, en el de la satisfacción moral o vital y/o en el de la salud del organismo. Por ende a partir de la relación que surja entre las variables cognitivas-emocionales y las estrategias de afrontamiento utilizadas por el individuo surge la concepción de enfermedad, como lo es la hipertensión arterial esencial, por tal razón muchos autores han estudiado y tratado de explicar la etiología y mantenimiento de los síntomas fisiológicos a partir de estados psicológicos determinados, que repercuten en el organismo, llevando a cabo diversas investigaciones con el fin de presentar hipótesis y posibles tratamientos que supriman, reduzcan o minimicen los efectos de la enfermedad.

En un grupo de estudios, a partir de los trabajos de Weiner, Singer y Reiser en 1962, se halló que los hipertensos parecían afrontar el carácter emocionalmente perturbador de la entrevista diagnóstica, contando al entrevistador historias neutras y mostrando una respuesta cardiovascular mínima, mientras que los normotensos eran mucho más reactivos. Este hallazgo llevó a los investigadores a proponer que los hipertensos afrontaban el estrés de la entrevista controlando o suprimiendo sus aspectos amenazantes; en definitiva protegiéndose a sí mismos. Un estudio posterior realizado por Sapira, Scheib, Moriarty y Shapiro en 1971, confirmó este hallazgo con la observación de que los hipertensos tendían a negar los acontecimientos emocionalmente significativos de una película en la que se representaban conductas cálidas y frías de un médico hacia su paciente.

Estos dos estudios parecen sugerir que los hipertensos muestran un estilo supresor o negador de aquellas materias emocionalmente importantes para elevar su presión sanguínea. Aunque esta interpretación es paradójica, puesto que si recurren a este estilo de afrontamiento, entonces ¿Por qué son hipertensos? Quizá podría explicarse por el hecho de que no siempre supriman o nieguen, aunque hayan utilizado estos estilos en los dos experimentos referidos.

Existen otros estudios que reflejan la relación entre estrés e hipertensión, así como muchos ejemplos de cómo las emociones y el afrontamiento podrían resultar implicados en el proceso de aparición de enfermedad. Pero si se quiere entender la relación entre el afrontamiento del estrés y la enfermedad, se debe tener en cuenta los procesos por los que las personas reaccionan y manejan las situaciones estresantes.

Después de considerar los estudios sobre hipertensión, emerge una segunda cuestión: ¿Cuáles son los mecanismos por los que el afrontamiento puede afectar de forma adversa la salud del organismo? Para ello se ofrecen tres posibles respuestas³⁹:

El afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés, dejando de prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas o perjudiciales; dejando de regular la perturbación emocional que aparece ante los daños o amenazas incontrolables y expresando una serie de valores, un estilo de vida y/o un estilo de afrontamiento que es en si mismo perjudicial.

El afrontamiento puede afectar la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como son el alcohol, las drogas y el tabaco o cuando abocan al individuo a actividades que significan un riesgo importante para su vida.

³⁹ Ibid., p. 235-238.

Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad.

4.2.5 Esquemas Maladaptativos Tempranos y afrontamiento. Hay tres estilos inadaptados de afrontamiento ante la frustración de las necesidades emocionales:

Ψ **Sobre-compensación.** Por ejemplo, si fueron sometidos, ahora son desafiantes, si fueron controlados, desafían toda forma de influencia sobre ellos.

Ψ **Evitación.** Esta alternativa consiste en eludir los pensamientos o las situaciones que pudieran activar el esquema, como situaciones de intimidad, metas laborales, etc.

Ψ **Rendición.** Esta alternativa consiste en aceptar plenamente y favorecer el cumplimiento o confirmación del esquema. Los pacientes buscan las relaciones que reiterarán las situaciones generadoras del esquema o reaccionan con excesiva intensidad emotiva ante disparadores del esquema. Por ejemplo, reiteran parejas abusivas o descalificadoras o generan reacciones negativas en otros y responden con exacerbado resentimiento o depresión ante esas reacciones.

Todos estos estilos de respuesta fueron posiblemente funcionales y útiles en la infancia, pero en la edad adulta resultan disfuncionales e inadaptadas.

Para finalizar, en esta línea, se denominan respuestas de afrontamiento a las conductas concretas que se desarrollan de acuerdo a los esquemas y a los estilos de afrontamiento de cada paciente.

4.2.5.1 Los modos. Las personas no tienen sus esquemas permanentemente activos, sino que estos se activan en determinados momentos. También las personas disponen de diversos estilos de afrontamiento, pero no siempre los están utilizando. Frente a determinados disparadores la persona activa alguno(s) de sus esquemas. A su vez los esquemas activos despliegan alguno de los varios estilos de afrontamiento característicos de la persona, concretando en cada caso una de las conductas posibles dentro de ese estilo.

Sin embargo, se puede observar que ciertos esquemas y estilos de afrontamiento se disparan juntos. A estos esquemas y/o estilos de afrontamiento agrupados se les ha denominado *modos*.

Las personas cambian sus modos en diversos momentos y ante diversas circunstancias. El concepto de modos en cierta forma se relaciona con un grado de disociación, siendo sus ejemplos más extremos los trastornos de personalidad múltiple y límite. Las personas saludables, aunque exhiben diferentes modos, estos no son muy diferentes entre sí, generalmente son la combinación de varios, y en ellas el sentido de una única identidad permanece intacto.

En general se puede decir que los modos en cada persona pueden variar en sus características dentro de los parámetros:

Disociado ⇔ Integrado
 No consciente ⇔ Consciente
 Inadaptado ⇔ Adaptado
 Extremo ⇔ Leve
 Rígido ⇔ Flexible
 Puro ⇔ Mezclado.

Los modos descritos por Young y otros (2003) son diez y están citados en la Tabla 1.

Tabla 1. Modos de Young.

Modos de niño	1- NIÑO VULNERABLE	Abandonado
		Abusado
		Carente de afecto
		Rechazado
Modos disfuncionales de afrontamiento	2- NIÑO ENOJADO	
	3- NIÑO IMPULSIVO- INDISCIPLINADO	
	4- NIÑO FELIZ	
	5- SUMISO-CLAUDICANTE	
Modos parentales disfuncionales	6- DISTANCIADO-PROTECTOR	
	7- SOBRE-COMPENSADOR	
	8- PADRE PUNITIVO	
Modo funcional	9- PADRE DEMANDANTE	
	10- ADULTO SALUDABLE	

Según este modelo, se puede pensar que los modos de niño son innatos y representan el campo emotivo innato de los seres humanos. Los acontecimientos o

circunstancias de la infancia pueden reducir anular o incrementar los modos de niño, pero todas las personas nacen con la capacidad de manifestarlos. El modo niño vulnerable es considerado nuclear para el abordaje de los modos y el más importante para sanar. El modo niño vulnerable se puede ver como la conducta de un niño asustado, triste o incapaz, necesitado del cuidado que no tiene, de los adultos. El esquema y la causa de este modo puede ser alguno de los siguientes: abandonado (haber sido dejado solo), abusado (haber sido muy castigado o maltratado), carente de afecto (no haber recibido cariño) o defectuoso (haber sido muy criticado o descalificado). También puede tener otros esquemas como: vulnerable (en riesgo de sufrir un daño o de enfermarse), dependiente (incapaz de desenvolverse sin ayuda) o fracasado (incapaz de éxito, nunca exitoso).

El modo niño vulnerable puede contener esquemas del grupo I (desconexión o rechazo) generalmente originados en entornos familiares fríos, lejanos, explosivos, abusivos o impredecibles, o en esquemas del grupo II (incapacidad de autonomía o desempeño) generalmente originados en entornos familiares sobre protectores o que desalientan el desempeño independiente o la auto-confianza.

El modo niño enojado surge como respuesta a la necesidad de un tratamiento justo no obtenido o a situaciones que activan esquemas de abandono, abuso, sometimiento o falta de afecto. En este modo el paciente se enfurece, grita o reacciona violentamente.

El modo niño impulsivo o indisciplinado exhibe poca tolerancia a la frustración o poca capacidad de postergación, realizando cualquier deseo o necesidad sin previsión de consecuencias, sin límites ni consideración hacia los demás. Este

modo suele aparecer junto con los esquemas del grupo III, como el de derechos-grandiosidad o el de insuficiente autocontrol o disciplina.

El niño feliz es el modo propio de una saludable ausencia de activación de esquemas inadaptados.

Los modos inadaptados son formas empleadas por el niño para adaptarse a sus necesidades insatisfechas y lograr sobrevivir en un medio adverso. Estos modos fueron seguramente eficaces ante esas situaciones en su infancia, pero ahora, en su vida actual son disfuncionales. Los modos inadaptados observados corresponden a los tres estilos de afrontamiento anteriormente mencionados. El modo sumiso corresponde al estilo rendición. La persona se muestra pasiva, hace todo lo que otras personas desean que haga y puede ser obediente hasta el grado de permitir el abuso o la descalificación, para conservar la relación, evitar reacciones negativas o venganzas. El modo distanciado corresponde al estilo evitación. La persona adopta conductas de retraimiento, evitación de situaciones, desconexión de emociones, aislamiento, etc.

El modo sobre-compensador corresponde al estilo de sobre-compensación. Las personas obran como si fuera verdad todo lo opuesto a su esquema inadaptado. Si se creen defectuosos, actúan como perfectos o superiores a otros. Si se creen culpables, acusan a los otros.

Los modos disfuncionales parentales surgen cuando el paciente incorpora las conductas disfuncionales de sus padres. Las dos formas más comunes son el padre castigador, que critica y sanciona los errores o reprime la expresión de

necesidades del niño. El padre demandante no castiga, sino que pretende la perfección, los máximos niveles de realización y se desilusiona o se muestra defraudado cuando no se cumplen, generando culpa o vergüenza en el niño.

4.2.6 Hipertensión Arterial. La hipertensión arterial es definida por el Comité de Expertos de la OMS como una elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, de la diastólica, o de ambas en las arterias⁴⁰. Se trata de una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y dejada a su evolución sin tratamiento puede ser que el primer síntoma que de ella se tenga sea una complicación severa como un infarto de miocardio o una hemorragia o trombosis cerebral, etc., cosa que se puede evitar si se trata y controla adecuadamente. Los valores límites hoy aceptados como normales son 140 mm de Hg. para la presión arterial sistólica y 90mm de Hg. para la diastólica. Popularmente estas cifras de presión se conocen como 14 y 9.

De acuerdo con las cifras tensionales la hipertensión arterial se puede clasificar en:

Tabla 2 Clasificación de la Hipertensión de acuerdo a las cifras tensionales.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normotensión	< 140	< 90
Hipertensión Leve	140-160 y/o	90-100
Hipertensión Moderada	160-180 y/o	100-110
Hipertensión Grave	180	110
Hipertensión Sistólica	140	90

⁴⁰ PALMERO, Francesc y FERNANDEZ ABASCAL, Enrique. Emociones y salud. Barcelona : Ariel, 1999. p. 212.

Las primeras consecuencias de la hipertensión la sufren las arterias que se endurecen a medida que soportan presión alta de forma continua; se hacen más gruesas y tortuosas, pudiendo verse dificultado el paso de sangre a través de ellas.⁴¹ La hipertensión arterial ocasiona daño a diversos órganos y el grado de éste y el tiempo requerido para que aparezcan se relacionan directamente con el grado de hipertensión arterial.

4.2.6.1 Etapas de la Hipertensión Arterial. De acuerdo con el grado de daño orgánico producido, la hipertensión arterial puede encontrarse en diferentes etapas⁴²:

Ψ **Etapas I:** Sin alteraciones orgánicas.

Ψ **Etapas II:** El paciente muestra uno de los siguientes signos, aún cuando se encuentre asintomático.

ϕ Hipertrofia ventricular izquierda (palpación, radiografía del tórax, ECG, ecocardiograma).

ϕ Angiotonía en arterias retinianas.

⁴¹ MADRID, Miguel. Hipertensión arterial [en línea]. s.l. [consultado 1 de septiembre de 2006]. Disponible en Internet: <www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5155,00.html>.

⁴² GUADALAJARA BOO, José F. Hipertensión arterial [en línea]. s.l. [consultado 1 de septiembre de 2006]. p. 8, 12. Disponible en Internet: <<http://www.drscope.com/cardiologia/pac/arterial.htm>>

ϕ Proteinuria y/o elevación leve de la creatinina (hasta 2 mg/d).

ϕ Placas de ateroma arterial (radiografía, ultrasonografía) en carótidas, aorta, ilíacas y femorales.

Ψ Etapa III: Hay manifestaciones sintomáticas de daño orgánico.

ϕ Angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia cardíaca.

ϕ Isquemia cerebral transitoria, trombosis cerebral o encefalopatía hipertensiva.

ϕ Exudados y hemorragias retinianas; papiledema.

ϕ Insuficiencia renal crónica.

ϕ Aneurisma de la aorta o aterosclerosis ocliterante de miembros inferiores.

Habitualmente se manifiesta después de los cuarenta años y ataca con más frecuencia al hombre que a la mujer. Su etiología es muy discutida, el único factor claramente demostrado es el factor hereditario, sin embargo, existen causas

renales generadoras de HTA permanente, así como causas endocrinas más extrañas. La evolución varía según la naturaleza de la hipertensión, la edad del sujeto y el factor hereditario⁴³.

4.2.6.2 Clases o tipos de Hipertensión. Aunque en la mayoría de los casos se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial, la más frecuente es la denominada esencial, primaria o idiopática en la que la presión sanguínea se eleva sin una causa justificable, es decir que no hay una causa aparente o fisiológica para la elevación de la presión. Cuando se sabe la causa de la hipertensión, como por ejemplo enfermedad de los riñones o tumores en los riñones, se llama secundaria. Por ello se habla de dos clases o tipos de hipertensión:

Ψ **Hipertensión Arterial Secundaria.** En estos casos, la hipertensión es consecuencia de una enfermedad de base. La enfermedad de base puede ser renal (vascular renal o del tejido renal propiamente), de las glándulas suprarrenales, aterosclerosis y coartación de la aorta (la aorta es la arteria que sale directamente del corazón y distribuye la sangre al resto del organismo; la coartación es un estrechamiento de su luz)⁴⁴.

Ψ **Hipertensión Arterial Esencial.** También llamada primaria o idiopática, cuya causa no es conocida y es también la más frecuente de las hipertensiones arteriales (el 95% de los hipertensos padecen hipertensión esencial). En la hipertensión esencial no se han descrito todavía sus causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de estos sujetos. Conviene separar, aquellos relacionados con la herencia, sexo,

⁴³ ENCICLOPEDIA TEMATICA ARGOS. Medicina. Barcelona : Argos-Vergara, 1981. p 28.

⁴⁴ ROEMMERS. Que es la hipertensión arterial [en línea]. s.l. [Consultado 1 de Septiembre de 2006]. Disponible en Internet: <<http://www.roemmers.com.ar/infovida/hipertension.asp>>

edad y raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente y costumbre de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario⁴⁵.

ϕ **Herencia.** De padres a hijos se trasmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertenso/s, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

ϕ **Sexo.** Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existen un especial riesgo cuando toman píldoras anticonceptivas.

ϕ **Edad y Raza.** La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad. En cuanto a la raza, únicamente señalar que los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de

⁴⁵ MADRID, Op. cit., p. 1.

raza blanca además de tener un peor pronóstico.

ϕ **Sobrepeso.** Hay que partir del hecho de que un individuo con sobrepeso está más expuesto a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de hipertensión arterial entre los obesos, a cualquier edad que se considere, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos de la misma edad que estén en su peso ideal. No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones⁴⁶.

Una de las consecuencias que puede acarrear el estrés y la ansiedad, puede ser la predisposición del sujeto a adquirir diversas infecciones en su organismo como son; las úlceras gástricas, entre otras, que se han considerado la enfermedad psicosomática prototípica; la enfermedad física de la que hay pruebas incontrovertidas de una causa psicológica⁴⁷. Otro aspecto muy importante del cual se ha hablado dentro de la etiología de la hipertensión arterial es la influencia de factores ambientales como sería un entorno generador de estrés, el cual se dice que aumenta el riesgo de ser hipertenso. El estrés tiende a hacer que la presión arterial aumente temporalmente, pero, por lo general, retorna a la normalidad una vez que ha desaparecido. Esto explica la "hipertensión de bata blanca", en la que el

⁴⁶ Ibid., p. 1.

⁴⁷ PINEL, Jhon. Biopsicología. 4ª edición. México : Prentice Hall, 2001. p. 557, 558.

estrés causado por una visita al consultorio del médico hace que la presión arterial suba lo suficiente como para que se haga el diagnóstico de hipertensión en alguien que, en otros momentos, tendría una presión arterial normal. Se cree que en las personas propensas, estos breves aumentos en la presión arterial causan lesiones que, finalmente, provocan una hipertensión arterial permanente, incluso cuando el estrés desaparece. Sin embargo, esta teoría de que los aumentos transitorios de la presión arterial puedan dar lugar a una presión elevada de forma permanente no ha sido demostrada⁴⁸.

4.2.7 Modelo Biopsicosocial. Después de haber revisado todas las variables antecedentes y consecuentes de la enfermedad medica psicosomática, se halla en el modelo biopsicosocial la posibilidad de integrar diversos tipos de variables que puedan repercutir en el proceso de salud-enfermedad.

Este modelo de gran aceptación en la actualidad, admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de microprocesos (tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc.) como otros de microprocesos, (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc.).

La salud se entiende como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socioambiental.

⁴⁸ MARK, Beers. et. al. El manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 10ª edición. España : Elsevier, 1997. p. 1654, 1664.

De acuerdo con este modelo, se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico. Las interacciones profesionales de la salud-paciente son fundamentales para lograr la adhesión de este al tratamiento. Este modelo enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto físico como social, además, estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social.

De acuerdo con Stokols (1992), el concepto de promoción de la salud comprendería el papel de los individuos, grupos y organizaciones como agentes fundamentales para el desarrollo de prácticas y políticas de salud para mejorar el bienestar individual y colectivo. La prevención de la enfermedad se limitaría al ámbito clásico de la salud, destacando el papel que desempeñan los profesionales sanitarios y las administraciones públicas de la salud.

La prevención primaria hace referencia a las actividades encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad, así como proteger y promover la salud. La prevención secundaria consiste en las acciones dirigidas a evitar la enfermedad, una vez que los síntomas ya se han anunciado, aunque el síntoma no se halla instalado.

La prevención terciaria consiste en los procesos de tratamiento y rehabilitación cuando la sintomatología clínica ya está establecida.

Ψ Modelos integradores multimodales. Los múltiples y fructíferos avances de la investigación científica del estrés durante las últimas décadas han permitido descubrir que no se puede reducir a definiciones unívocas o a esquemas múltiples simples, sino por el contrario, es necesario entender que se trata de un conjunto complejo de variables que funciona sincrónica y diacrónica, articuladas en diferentes niveles de interacción a lo largo del procesos temporales. Por lo tanto, para dar cuenta del significado del concepto del estrés es necesario recurrir a modelos explicativos lo suficientemente globales que abarquen los diferentes componentes intervinientes, pero a la vez, lo suficientemente específicos para precisar y focalizar las acciones concretas. Además, los modelos deben posibilitar su actualización y dar respuestas a las cuestiones que van planteándose, sin despreciar o subestimar los aciertos de anteriores investigaciones. En consecuencia, este enfoque responde a un nuevo paradigma que a nuestro criterio corresponde a lo que se puede llamar modelos multimodales.

No existe un modelo únicamente aceptado por todos los investigadores que explique todos los aspectos de la forma de actuación del estrés. Los múltiples modelos existentes por lo general parten de una concepción que reconoce de estrés como transacción entre sujeto y ambiente a la vez que otorga la debida importancia de los procesos cognitivos implicados, las demandas psicosociales, los recursos materiales, sociales y personales, las variables disposicionales de personalidad, las estrategias de afrontamiento y las respuestas del sujeto en todos los niveles.

Este modelo abarca siete etapas que comprenden otros tantos principios implicados, ellos son:

1. Demandas psicosociales: comprende lo que comúnmente se llama “estrés psicosocial” o estresores ambientales.
2. Evaluación cognitiva: Incluye los niveles de evaluación primaria y secundaria, así como los posteriores procesos de reevaluación.
3. Respuestas de estrés: Incluye el complejo de respuestas fisiológicas (Endocrinas y las del Sistema Nervioso Autónomo) y las respuestas psicológicas como a nivel cognitivo y motor.
4. Estrategias de afrontamiento (Coping): Los esfuerzos conductuales o cognitivos que emplea el sujeto para enfrentar tanto las demandas externas como las internas.
5. Apoyo social: Disponibilidad de personas de confianza, lazos sociales, contacto social significativo, pertenece a una red social, apoyo personal.
6. Variables disposicionales: Incluye los tipos de personalidad, los factores hereditarios, el sexo, la raza y otros por el estilo.
7. Estado de salud: Aunque esta variable depende de todas las anteriores, hay ciertas conductas relacionadas con la salud que pueden facilitar (por ejemplo: fumar, ingerir alcohol o realizar conductas de riesgo para la salud) o

inhibir los efectos del estrés (por ejemplo: hacer ejercicio físico sistemático, realizar una dieta alimenticia equilibrada y moderada), (Saldin, 1995).

Ψ **Moderadores De La Experiencia Del Estrés, los factores del estrés:** De acuerdo con Gonzáles (1989'1992), realizo según el grado de participación de la experiencia del estrés una clasificación de los factores.

Factor interno del estrés: incluye las variables del propio sujeto directamente relacionado con la respuesta del estrés. Un ejemplo de este tipo de factor lo constituye un determinado índice de reactividad al estrés, que se define como “el conjunto de pautas habituales de respuestas cognitivas, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables” (Gonzáles, 1990; Rodríguez 2001).

ϕ **Factores externos del estrés:** Esto hace referencia a los estresores medio ambientales que pueden sobrecargar los mecanismos de defensa y la regulación homeostática o de ajuste del individuo. Ejemplos: Características de estos factores lo constituyen el índice de los sucesos vitales (Holnes y Rahe, 1967) y los Basless (fastidios) de la vida cotidiana inclusive de los “eventos interpersonales” (Maybery y Grahman, 2001).

ϕ **Factores moduladores:** Están constituidos por variables tanto del medio ambiente como del propio individuo que no están en relación directa con la respuesta de estrés, pero que actúan como condicionadores, moduladores o modificadores de la interacción entre los factores externos e internos de estrés. Entre los factores moduladores se pueden señalar variables como el apoyo

psicosocial, determinados estados afectivos y características de personalidad (por ejemplo: personalidad de tipo A y C, Bardiness) o cualidades atribucionales (por ejemplo: el “Locus de control”) o de manejo de las situaciones adversas como la “resiliencia”.

4.2.8 Marco Conceptual. Dentro de la investigación se desarrollan y manejan diferentes teorías y diversos conceptos que son de vital importancia para esta labor investigativa, haciéndose necesario abordar de forma clara, sencilla, concisa y precisa la terminología utilizada en ésta, para su mejor comprensión.

En este sentido se considera ineludible definir el concepto de **Afrontamiento**, que es definido por Lazarus y Folkman como los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y o externas que son creadas por la transacción estresante y dependiendo del individuo se puede percibir como una **Amenaza**; un daño que es anticipado y que puede ser o no inevitable.

De la misma manera es obligatorio hablar de **Ansiedad**, la cual es una respuesta emocional, o patrón de respuesta, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situaciones como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes. El tipo de estímulo

capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto⁴⁹.

En esta línea los **Esquema Maladaptativos Tempranos** tienen como característica principal que se instauran en la infancia y se desarrollan a través de la vida del individuo y le sirven como determinantes del procesamiento de experiencias posteriores son estables y duraderos, resistentes al cambio, confortables, familiares y a pesar de ser disfuncionales resultan bastante cómodos⁵⁰.

También es inevitable hacer referencia al término **Estrés**, el cual es definido por Folkman (1984) como una relación entre la persona y el ambiente, que es evaluado como excediendo sus recursos y dañando su bienestar. Dentro de esta concepción, el estrés emocional se diferencia principalmente de otros estados desadaptativos por su especificidad, ya que está determinado por circunstancias amenazantes particulares del ambiente y es una condición con límites temporales claros, no permanentemente.

En esta línea se plantean los **Eventos estresantes** como cualquier serie de circunstancias que requieren o indican un cambio en el patrón de vida básico de un individuo (Holmes y Rahe, 1967) y la **Pérdida** como un daño ya ocurrido (por ejemplo, la muerte de un ser querido), los cuales pueden afectar de cierta manera al individuo, dependiendo de las estrategias de *afrentamiento* y los **Recursos** que se posean. Las respuestas de *afrentamiento* pueden tener diferentes recursos, los

⁴⁹ PALMERO y FERNANDEZ ABASCAL, Op. cit., p. 100.

⁵⁰ MONTEMAYOR, I.E. Sagrado corazón. Teoría de la personalidad y los esquemas maladaptativos tempranos. [en línea]. Disponible en Internet: <www.scoolweb.com/montemayor/sicologia/ - 21k - Resultado Suplementario>

cuales incluyen aspectos físicos, sociales, psicológicos y materiales que son evaluados con respecto a las demandas de la situación⁵¹.

⁵¹ ADUNA MONDRAGON y SALVADOR GARCIA, Op cit., 38-48.

5. DEFINICION DE VARIABLES

5.1 DEFINICION CONCEPTUAL

5.1.1 Variable de Estudio. Componentes cognitivo-emocionales de las estrategias de afrontamiento psicológico.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual la conducta manifiesta está sustentada en un modelo de determinismo triádico, en el cual participan factores cognitivos, afectivo/emocionales y conductuales, las cuales participan en la relación que los seres humanos establecen con su medio ambiente⁵².

Para la actual tarea investigativa se consideran los componentes de la variable en:

V₁. Niveles de Ansiedad.

La ansiedad se concibe como un constructo que designa un conjunto de respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas provocadas por determinadas variables antecedentes, sea tanto estímulos del medio como respuestas del propio sujeto que funcionan como estímulo⁵³.

⁵² ENTREVISTA con Marleyn Serrano. Psicóloga clínica, docente corporación universitaria de la costa/universidad del norte. Barranquilla, 18 de octubre de 2006.

⁵³ FERNANDEZ-BALLESTEROS, Op. cit., p. 427.

V2. Niveles de Estrés.

El estrés es definido como una relación particular entre la persona y el entorno valorada por la persona como una situación que le sobrepasa y pone en peligro su bienestar⁵⁴. Por otro lado el estrés se define como una transacción entre sujeto y ambiente, que otorga la debida importancia a los procesos cognitivos implicados, las demandas psicosociales, los recursos materiales, sociales y personales, las variables disposicionales de personalidad, las estrategias de afrontamiento y las respuestas del sujeto en todos los niveles⁵⁵.

V3. Niveles de Esquemas Maladaptativos Tempranos.

Un esquema es una estructura mental sumamente rígida que hace referencia a la percepción que se tiene de sí mismo, el medio que le rodea y las demás personas.

Los Esquemas Maladaptativos Tempranos son estables y duraderos. Tienen como característica principal que se instauran en la infancia y se desarrollan a través de la vida del individuo y le sirven como determinantes del procesamiento de experiencias posteriores. Son resistentes al cambio, confortables, familiares y a pesar de ser disfuncionales resultan bastante cómodos. Se activan con estímulos ambientales y pueden pasar muchos años de manera inactiva y sólo activarse frente a un estímulo detonante específico⁵⁶.

⁵⁴ BRANNON, Linda y FEIST, Jess. Psicología de la salud. España : Paraninfo Thomson Learning. 2001. p. 153.

⁵⁵ OBLITAS, Luis A. Psicología de la salud y calidad de vida. España : Paraninfo Thomson Learning. 2001. p. 223-224.

⁵⁶ MONTEMAYOR, I.E, Op. cit., p. 1.

5.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Variable de estudio: "COMPONENTES COGNITIVO-EMOCIONALES DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO"

COMPONENTES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad ante la evaluación • Ansiedad interpersonal • Ansiedad fóbica • Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas cognitivas • Respuestas motoras • Respuestas fisiológicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad extrema (80-99) • Ansiedad severa (55-75) • Ansiedad moderada (30-50) • Ansiedad mínima (5-25) • Grupo Clínico • Grupo Psicossomático • Grupo Normal
Estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Salud • Estilo de vida • Relaciones humanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades propias y de otros familiares. • Tiempo libre, orden y puntualidad. • Noviazgo, pareja, divorcio, convivencia e inseguridad 	<p>Niveles altos (51 en adelante), moderados(50) y bajos (1 a 49) de estrés en cuanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia o ausencia de acontecimientos estresantes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Asuntos laborales y económicos 	<p>ciudadana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empleo, costo de vida, relación con jefes y pares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración personal de la intensidad con que han afectado dichos acontecimientos estresantes. • Afectación en el pasado o en la actualidad.
<p>Esquemas Maladaptativos Tempranos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconexión y rechazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema de abandono-inestabilidad. • Esquema de desconfianza-abuso. • Esquema de carencia emotiva. • Esquema de defectuoso-vergüenza • Esquema de aislamiento-alienación • Esquema de dependencia-incompetencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • 14 (bajo).

	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de autonomía o desempeño 	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema de vulnerabilidad al daño o a la enfermedad. • Esquema de fusión o identidad no desarrollada. • Esquema de fracaso. 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 – 18 (medio).
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de límites. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema de derechos-grandiosidad. • Esquema de insuficiente autocontrol 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Gobierno de los otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema de sometimiento • Esquema de autosacrificio. • Esquema de búsqueda de aprobación-reconocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • 19 – 30 (alto).
		<ul style="list-style-type: none"> • Esquema de 	

	<ul style="list-style-type: none">• Hipervigilancia e inhibición.	<p>inhibición emotiva</p> <ul style="list-style-type: none">• Esquema de hiper-autocrítica o sobre-exigencias.	
--	---	--	--

6. CONTROL DE VARIABLES

6.1 EN LA UNIDAD DE ANÁLISIS.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Pacientes con Hipertensión Esencial.	Seleccionando los pacientes diagnosticados con hipertensión esencial adscritos a esta entidad.	Se desea saber cuales son las características cognitivo-emocionales que participan en el afrontamiento en el proceso de enfermedad.
Las características cognitivo-emocionales.	A través de la aplicación del ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad), el E.A.E (Escala de apreciación del Estrés) y el EMT (Esquemas Maladaptativos Tempranos)	De esa forma veremos el perfil cognitivo-emocional de los pacientes.
Edad	Aplicando los instrumentos de recolección de información solamente a personas de un rango	Por requerimientos de una de las pruebas.

	específico (20-60 años).	
Personalidad.	Teniendo en cuenta la teoría de los Esquemas de Young.	Con la utilización de esta teoría se considera la personalidad como base fundamental en el planteamiento.

6.2 EN EL AMBIENTE SOCIAL.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Sitio de aplicación de pruebas.	Haciendo uso de una oficina adecuada en iluminación, temperatura y control de ruidos.	Al minimizar todas las condiciones externas que puedan influir en los resultados se evitará una distracción en las pruebas.

6.3 EN LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Validez y confiabilidad	Seleccionando instrumentos reconocidos por su alta validez y confiabilidad.	De esta forma aumenta el valor científico de la investigación.

6.4 EN LOS INVESTIGADORES.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Buen manejo de los instrumentos.	Teniendo un entrenamiento previo.	Al evitar distorsiones en la información brindada, se garantiza una uniformidad de criterios para un óptimo resultado.

6.5 VARIABLES NO CONTROLADAS.

QUE?	POR QUE?
Ocupación	Porque no son de gran importancia para el estudio.
Variables sociodemográficas como: <ul style="list-style-type: none">• Procedencia• Nivel socioeconómico• Estado civil• Creencias religiosas.	No son variables que afectan directamente en una relación de causalidad.
Nivel educativo.	No perturba los resultados obtenidos.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 HIPÓTESIS

Con el propósito de dar respuesta al problema y a los objetivos de investigación planteados en el presente estudio, se formula la siguiente hipótesis descriptiva:

Al describir los niveles de estrés, ansiedad y Esquemas Maladaptativos Tempranos estamos en condiciones de caracterizar, en lo cognitivo, afectivo, emocional, los elementos que participan en el afrontamiento psicológico de los pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial esencial.

7.2 PARADIGMA

El paradigma utilizado en esta investigación es el Empírico-Analítico, en la medida que la relación que se establece en las variables de estudio conlleva explícitamente la causalidad establecida entre los componentes estrés/ansiedad y Esquemas Maladaptativos Tempranos, su participación en las estrategias de afrontamiento e impacto en los niveles de hipertensión esencial. De la misma manera el paradigma empírico-analítico tiene como finalidad la evaluación, medición y matematización de la variable de estudio, por ello, los datos recolectados se expresan en términos cuantitativos a partir de pruebas o escalas estandarizadas.

7.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta tarea investigativa es aplicada de acuerdo al valor o utilidad del conocimiento, ya que se están contrastando los datos empírico-cuantitativos de las variables cognitivas, emocionales y conductuales en relación a la hipertensión esencial, desde el marco referencial de las teorías cognitivo-conductuales y cognitivas.

De acuerdo a la profundidad del conocimiento la investigación obedece a un estudio descriptivo, ya que busca mencionar, mostrar y determinar a manera de descripción los niveles de estrés, de ansiedad y Esquemas Maladaptativos Tempranos, en los pacientes que presentan hipertensión arterial esencial de la IPS Solesalud del municipio de Soledad, siendo este el ambiente de estudio en el cual está enmarcado el proyecto, mostrándose como un estudio de campo.

7.4 MÉTODO

La presente es una investigación pre-experimental de diseño transversal, o transeccional descriptivo, ya que la obtención de los datos se realizará una sola vez en cada unidad de análisis, aunque se utilizarán tres instrumentos de recolección de información, con aplicación única a cada sujeto de investigación⁵⁷.

⁵⁷ BERNAL TORRES, Cesar Augusto. Metodología de la investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 2 ed. México : Pearson, 2006. p.224.

7.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

La totalidad de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial esencial, que concurren al Centro Asistencial SOLESALUD de Soledad está constituida por 63 personas, de las cuales se conformó un grupo de 48 sujetos, 31 mujeres y 17 hombres, cuyas edades están entre los 29 y 60 años, con una media grupal de 44.5 años.

Se escogió esta muestra con base en los criterios del muestreo no aleatorio puesto que no todos los pacientes pueden ser escogidos. Además, fue seleccionada de forma intencional porque hay un propósito para escogerlo y unos criterios previamente definidos como son la edad (20 y 60 años) y diagnóstico médico de la enfermedad.

7.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

En esta investigación se utiliza como instrumento de recolección de información:

1. La Escala de Apreciación de Estrés (E.A.E), la cual evalúa estrés y fue elaborada por José Fernández Seara en 1996. Esta dividida en 4 escalas independientes; la Escala General del Estrés (E.A.E.-G), Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos (E.A.E.-A), la Escala de Estrés Sociolaboral (E.A.E.-S) y la Escala de Estrés en la Conducción (E.A.E.-C), de las cuales se tomará la (E.A.E.-G) para efectos de la investigación, que consta de 53

ítems los cuales miden estilo de vida, salud, relaciones humanas, asuntos laborales y económicos presentes en los sujetos tanto en tiempo pasado como actual.

Fiabilidad Test EAE. Se calcularon los índices de consistencia con procedimiento test-retest (con intervalo de 15 a 30 días) y mediante la correlación de los ítems pares impares y corrección posterior del índice con la formula de Sperman-Brown. Los resultados obtenidos en cada grupo se representan en la escala G (Test-retest 0,65 y Par-Impar 0,74).

Validez Test EAE. Para analizar la validez de la batería de acontecimientos estresantes se han utilizado procedimientos de tipo factorial.

Para el análisis de la estructura interna de cada escala (después de los análisis factoriales se elimina los elementos con menor peso y las escalas quedan definitivamente integradas por el siguiente numero de ellos: G=53; A=51; S=50 C=36), se utilizan los datos recogidos con las distintas aplicaciones de los mismos. El procedimiento utilizado ha sido el de componentes principales. Para ello se cuenta con cuatro grupos (para el analisis de la estructura interna, el numero de sujetos de cada muestra fue: G=327; A=286; S=214; C=275).

En la investigación se utiliza la escala general de estrés en la cual se aíslan factorialmente dos factores básicos a partir de una muestra de 83 elementos, el primer factor hace referencia a aquellas situaciones propias y agrupa elementos relacionados con la salud, forma de ser, de estar, estilo de vida. El segundo factor se refiere a los acontecimientos contextuales y viene definido sobre todo por elementos ambientales que aluden a ámbitos como el laboral, social y económico.

2. El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), que fue ideado por J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel en 1986 y está constituido por cuatro subescalas separadas que miden las respuestas cognitivas (C), las respuestas fisiológicas (F), y las respuestas motoras (M), que se utilizan para medir diversas situaciones o rasgos específicos de la ansiedad; la llamada ansiedad ante la evaluación (factor-I), la ansiedad interpersonal (factor-II), la ansiedad fóbica (factor-III) y ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana (factor IV). Además de esto el ISRA también expresa la ansiedad en términos de ansiedad extrema, ansiedad severa, ansiedad moderada a marcada y ausencia de ansiedad o ansiedad mínima. Esta prueba tiene un límite de tiempo de unos 50 minutos aproximadamente y puede ser aplicada individualmente o en grupo. Cada una de las tres subescalas está compuesta por veintitrés situaciones en forma de afirmaciones para que los sujetos indiquen como se siente.

Fiabilidad ISRA. Para hallar la fiabilidad del test ISRA y de cada una de sus partes se utilizó el método test-retest. Para ello se aplicó la prueba por segunda vez a los grupos 2 (E) y 3 (L), dos meses después de la primera aplicación.

Tabla 3. Índices de fiabilidad ISRA.

SUBESCALA	GRUPO 2 (E)	GRUPO 3 (L)	GRUPO 2+3 (E+L)
COGNITIVA	0,68	0,80	0,74
FISIOLOGICA	0,79	0,74	0,77
MOTORA	0,75	0,82	0,78
TOTAL	0,75	0,86	0,81

Como puede observarse en la tabla 3 los índices de fiabilidad del ISRA son elevados si los comparamos con los de otras pruebas de ansiedad (Cano Vindel,

1985) y más aún si se tiene en cuenta que el intervalo retest es de dos meses (lo habitual es de un mes).

3. El Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT-S2)

elaborado por Jeffrey Young en el 2003, está constituido por cinco áreas: primero Desconexión y Rechazo: Esquema de Abandono-Inestabilidad (ab), Esquema de Desconfianza-Abuso(ma), Esquema de Carencia emotiva(ed), Esquema de Defectuoso-Vergüenza(ds) y Esquema de Aislamiento-Alienación (si); Segundo la Incapacidad de Autonomía o Desempeño: Esquema de Dependencia-Incompetencia(di), Esquema de Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad(vh), Esquema de Fusión o Identidad no desarrollada(em) y Esquema de Fracaso(fa); tercero Falta de límites: Esquema de Derechos-Grandiosidad(et) y Esquema de Insuficiente Autocontrol(is); cuarto Gobierno de los otros: Esquema de Sometimiento(sb) y Esquema de Autosacrificio(ss), y último Hipervigilancia e inhibición: Esquema de inhibición Emotiva(ei) y Esquema de Hiper-autocrítica o Sobre-exigencia(us). La prueba tiene 75 afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma, Eligiendo el mejor número de 1 a 6 que lo describa.

4. La Recopilación Documental, con el fin de recolectar información de los pacientes utilizando interrogantes a cerca de su edad, sexo, procedencia, religión, nivel educativo, estado civil, ocupación, número de hijos y tiempo de diagnóstico, lo cual se verificó con las historias clínicas de la IPS Solesalud.

7.7 PROCEDIMIENTO

A manera ilustrativa se han elegido cinco etapas o pasos, a manera de fases, para explicar y describir el proceso y desarrollo del proyecto de investigación.

Primera fase: Revisión teórica y conceptual del tema a investigar. En donde se hace una exploración racional y reflexiva de las variables a tratar y el contexto en donde se va a enmarcar el estudio, para analizar criterios favorables y/o desfavorables y aspectos positivos y/o negativos en el diseño del trabajo investigativo. Además se plantea una hipótesis de trabajo con el fin de orientar los objetivos de la investigación.

Segunda fase: Aplicación de instrumentos. En la cual se reúne la población, se le aplica la batería de pruebas psicológicas y se adquiere la información pertinente a la investigación.

Tercera fase: Procesamiento, análisis y tabulación de resultados. Se obtienen los datos numéricos y estadísticos que proporcionan los resultados necesarios para dar respuesta a la hipótesis de trabajo planteada por el grupo investigador al inicio del proceso.

Cuarta fase: Elaboración del informe escrito a partir del análisis teórico/práctico, empírico/experimental, del proceso realizado.

Quinta fase: Presentación y sustentación del informe final.

8. RESULTADOS

Después del análisis de la información se han hallado los resultados de acuerdo al problema, objetivos e hipótesis planteados. Dando cuenta de los resultados cuantitativos y cualitativos de la evaluación de cada una de las variables que consta las submetas de la investigación, se puede identificar a la población de pacientes hipertensos de la IPS Solesalud, con los siguientes rasgos:

De acuerdo al objetivo específico "identificar los niveles de estrés que manifiestan los pacientes y su apreciación ante acontecimientos vitales desde la prueba EAE (Escala de Apreciación del Estrés)", se encontró que de 48 pacientes, distribuidos en 17 hombres y 31 mujeres, 30 pacientes que corresponden a un 62.5% de la población no manifiestan una apreciación de los niveles de estrés ante los acontecimientos vitales evaluados por la prueba, en la tablas 4 y 5 se observa la distribución de los datos de la siguiente manera: 11 hombres (64.7%) y 19 mujeres (61.29%) por debajo de la media. 5 personas (10.41%) se hallaron en la media, de los cuales 3 hombres tenían un 17.64% y 2 mujeres un 6.45% y 13 personas que equivalen al 27,08% estuvieron por encima de la media (3 varones con 17.64% y 10 mujeres con 32.25%).

Tabla 4 Puntuaciones de Estrés obtenidos de la aplicación del Test EAE

TEST: EAE (Escala de Apreciación del Estrés)				
	MAYOR 50	50	MENOR 50	TOTAL
VARONES	3	3	11	17
MUJERES	10	2	19	31

TOTAL	13	5	30	48
--------------	----	---	----	----

Tabla 5 Porcentajes de Estrés obtenidos de la aplicación del Test EAE

TEST: EAE (Escala de Apreciación del Estrés)			
	MAYOR 50	50	MENOR 50
VARONES	17.64%	17.64%	64.70%
MUJERES	32.25%	6.45%	61.29%
TOTAL	27.08%	10.41%	62.5%

Lo más significativo de esta distribución corresponde a la no apreciación del estrés por parte de los pacientes. Este resultado puede ser analizado como manifestación de un desconocimiento de la autovaloración del estrés ante situaciones de vulnerabilidad, es decir se podría hablar de una no toma de conciencia de los cambios psicológicos manifestados ante situaciones elicitoras de respuestas psicofisiológicas, quizás interrelacionado y sustentado por valores cognitivos maladaptativos.

Así pues, cuando se originan de forma aguda o crónica situaciones de estrés, las personas tratan de afrontarlas de manera que origine el menor impacto posible en su salud psico-física. Es decir, que se utilizan determinadas estrategias de afrontamiento que pueden o no ser útiles a los fines propuestos. Como se ha comentado, estas estrategias pueden darse en forma de mecanismos de defensa inconscientes.

Algunas investigaciones indican que la exposición crónica a estresores diarios de poca incidencia es potencialmente más estresante para la etiología de enfermedades cardiovasculares que una mayor experiencia de cambios vitales. En

este sentido, Lazarus (1990) y Vingerhoest y cols. (1994) concluyeron que los incordios diarios fueron más importantes que los sucesos vitales en relación con la hipertensión. Igualmente que la enfermedad coronaria parecía estar mediatizada por el estilo de coping "rígido" (Twisk y cols., 1999). Sin embargo, otras investigaciones sobre hipertensión como consecuencia de exposición a estresores, han relacionado la hipertensión con la cantidad de cambios vitales (Nyklicek, y cols., 1998; Rahe y Holmes, 1968). Pero no todos los resultados apuntan en la misma dirección, ya que otras investigaciones han encontrado patrones inversos (Linden y cols., 1983; Svenson y cols., 1983; Theorell y cols., 1986). Algunos estudios que encontraron una relación positiva entre presión sanguínea y autoinforme de sucesos vitales estaban basados, predominantemente, en muestras de sujetos hipertensos, conscientes de su elevada presión sanguínea. Esta relación no fue encontrada, sin embargo, en sujetos hipertensos que no eran conscientes de su elevada presión sanguínea. (Irvine y cols., 1989). No se sabe si hay una exageración de los sucesos vitales en hipertensos conocedores de su problema o una devaluación de los sucesos vitales en hipertensos que no saben que lo son. Sin embargo en la presente investigación se encuentran bajos niveles de estrés relacionados con altos niveles de ansiedad que se relacionan positivamente al contrastarlos con el canal fisiológico del ISRA.

Lindquist y cols. (1997) tratando de relacionar el coping emocional, el estilo de vida y el estrés en el trabajo, concluyeron que el trabajo, *per se*, no tiene efecto directo sobre la presión arterial, pero los mecanismos de coping que los sujetos, mujeres, informan que utilizan, fueron relacionados significativamente con la presión arterial.

De igual forma se propuso evaluar los componentes que caracterizan la respuesta de ansiedad desde el ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) a lo cual se halló que 7 personas, 14.58%, se ubican dentro de la media normal (2 varones 28.57% y 5 mujeres 71.42%), 12 sujetos, 25%, se hallan en la media

psicosomática (3 varones 25% y 9 mujeres 75%) y 29 sujetos, 60.41%, en la media clínica (12 varones 41.37% y 17 mujeres 58.64%). Ver tablas 6 y 7.

Tabla 6 Puntuaciones generales en ansiedad de la media Normal, Psicosomática y Clínica de acuerdo al Test ISRA.

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) RESPUESTAS(General)			
	VARONES	MUJERES	TOTAL
NORMALES	2	5	7
PSICOMÁTICOS	3	9	12
CLÍNICOS	12	17	29
TOTAL	17	31	48

Tabla 7 Porcentajes generales en ansiedad de la media Normal, Psicosomática y Clínica de acuerdo al Test ISRA

TEST: ISRA(Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) RESPUESTAS (General)			
	VARONES	MUJERES	TOTAL
NORMALES	28.57%	71.42%	14.58%
PSICOMÁTICOS	25%	75%	25%
CLÍNICOS	41.37%	58.62%	60.41

De acuerdo a la clasificación individual en varones [Tablas 8 y 9], la prevalencia de ansiedad es mayor a nivel clínico con un 64,70% (10 personas), seguido del nivel psicosomático con 21.56% (4 personas) y por último el nivel normal con un 13.72% (3 personas).

Tabla 8 Clasificación Individual VARONES

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). RESPUESTAS (Varones)				
	NORMALES	PSICOSOMÁTICOS	CLINICOS	TOTAL
COGNITIVO	3	7	7	17
FISIOLÓGICO	2	2	13	17
MOTOR	2	2	13	17
TOTAL	7	11	33	

Tabla 9 Porcentaje individual VARONES

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). % RESPUESTAS (Varones)			
	NORMALES	PSICOSOMÁTICOS	CLINICOS
COGNITIVO	17.64%	41.17%	41.17%
FISIOLÓGICO	11.76%	11.76%	76.47%
MOTOR	11.76%	11.76%	76.47%
TOTAL	13.72%	21.56%	64.70%

En las mujeres [Tablas 10 y 11], se evidencia mayor prevalencia en el nivel clínico con 38.70% (12 personas), seguido por el nivel normal con 37.63% (11 personas) y luego el psicosomático con 23.65% (8 personas).

Tabla 10 Clasificación individual MUJERES

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). RESPUESTAS (Mujeres)				
	NORMALES	PSICOSOMÁTICOS	CLINICOS	TOTAL
COGNITIVO	19	8	4	31
FISIOLÓGICO	7	8	16	31
MOTOR	9	6	16	31

TOTAL	35	22	36	
--------------	----	----	----	--

Tabla 11 Porcentaje individual MUJERES

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). % RESPUESTAS (Mujeres)			
	NORMALES	PSICOSOMÁTICOS	CLINICOS
COGNITIVO	61.29%	25.80%	12.90%
FISIOLÓGICO	22.58%	25.80%	51.61%
MOTOR	29.03%	19.35%	51.61%
TOTAL	37.63%	23.65%	38.70%

De acuerdo al Triple Sistema de Respuestas, la prevalencia por género se distribuye así; en varones hay mayor incidencia de respuestas cognitivas y motoras que fisiológicas [Tabla 12] y en las mujeres son mayores las respuestas cognitivas y fisiológicas que las motoras [Tabla 13].

Tabla 12 Prevalencia de ansiedad de acuerdo al Triple Sistema de Respuesta del Test ISRA. VARONES

TOTAL VARONES:	17
COGNITIVO	99.30
MOTOR	81.58
FISIOLÓGICO	80.64

Valores de la Media Aritmética ($\bar{0} = \frac{\sum f \cdot x_i}{n}$)

Tabla 13 Prevalencia de ansiedad de acuerdo al Triple Sistema de Respuesta del Test ISRA. MUJERES

TOTAL MUJERES:	31
COGNITIVO	88.77
FISIOLÓGICO	76.24
MOTOR	75.19

Valores de la Media Aritmética ($\bar{0} = \frac{\sum x_i}{n}$)

Mostrándose a nivel general [Tabla 14] que hay mayor prevalencia de respuestas cognitivas y motoras, por encima de las respuestas fisiológicas, esto es congruente con la dificultad manifestada en la no apreciación del estrés. Por tal razón se puede inferir que ellos saben que están preocupados pero desconocen su causa; el como y el por qué.

Tabla 14 Puntuaciones generales de ansiedad de acuerdo al Triple Sistema de Respuesta del Test ISRA

COGNITIVO	92.56
MOTOR	80.60
FISIOLÓGICO	76.40

Valores de la Media Aritmética ($\bar{0} = \frac{\sum x_i}{n}$)

Con respecto a los índices de ansiedad (Tipos de ansiedad) medidos por la prueba ISRA [Tabla 15], 7 personas (14.58%), se hallan en un nivel de ansiedad extrema, 32 personas (66.66%) se encuentran en ansiedad severa, 9 personas (18.75%) se ubican en ansiedad moderada y no se presentan sujetos en niveles de ansiedad mínima o ausencia de ansiedad.

Tabla 15 Distribución general de los índices de Respuesta de ansiedad (Tipos de ansiedad)

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). TIPOS DE ANSIEDAD		
(GENERAL)	n	%
ANSIEDAD EXTREMA	7	14.58%
ANSIEDAD SEVERA	32	66.66%
ANSIEDAD MODERADA A ANSIEDAD MARCADA	9	18.75%
AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA	0	0%
TOTAL	48	

En lo concerniente a la prevalencia de índices de ansiedad por género [Tablas 16 y 17] se puede apreciar que 6 varones (35.29%) y 1 mujer (3.22%) se hallan en un nivel de ansiedad extrema, 10 varones (58.82%) y 22 mujeres (70.96%) se encuentran en un nivel de ansiedad severa, 1 hombre (5.82%) y 8 mujeres (25.80%) se ubican en un nivel de ansiedad moderada y consecuentemente con lo descrito no se presentan sujetos, varones o mujeres, en niveles de ansiedad mínima o ausencia de ansiedad.

Tabla 16 Índices de Respuesta de ansiedad (Tipos de ansiedad). VARONES

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). TIPOS DE ANSIEDAD		
(VARONES)	n	%
ANSIEDAD EXTREMA	6	35.29%
ANSIEDAD SEVERA	10	58.82%
ANSIEDAD MODERADA A MARCADA	1	5.88%
AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA	0	0%
TOTAL	17	

Tabla 17 Índices de Respuesta de ansiedad (Tipos de ansiedad). MUJERES

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). TIPOS		
---	--	--

DE ANSIEDAD		
(MUJERES)		
	n	%
ANSIEDAD EXTREMA	1	3.22%
ANSIEDAD SEVERA	22	70.96%
ANSIEDAD MODERADA A MARCADA	8	25.80%
AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA	0	0%
TOTAL	31	

Además de valorar los componentes que caracterizan la respuesta de ansiedad desde el ISRA de acuerdo al Triple Sistema de Repuestas, cognitivo, fisiológico y motor, ubicar las medias normal, psicosomática y clínica, e indicar los índices de ansiedad (Tipos de ansiedad) de las personas evaluadas, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad hace una valoración de cuatro factores situacionales que pueden llegar a afectar a determinado sujeto; el primer factor FI, mide las situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades, el segundo factor FII, las situaciones sexuales y de interacción social, el tercer factor, FIII, las situaciones fóbicas y el último factor FIV, las situaciones habituales o de la vida cotidiana.

En las tablas 18 y 19 del test ISRA, se han contrastado los factores situacionales y los índices de ansiedad, hallándose que en el factor FI (Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades), 6 individuos con un 22.22% se ubicaron en la escala de ansiedad extrema; 25 individuos con un porcentaje de 25.25% estuvieron en ansiedad severa; 17 en ansiedad moderada o marcada con un porcentaje de 26.15% y en ausencia de ansiedad no se halló ninguna persona.

En el factor FII (Situaciones sexuales y de interacción social), 7 personas con un porcentaje de 25.92% se hallaron en ansiedad extrema; 23 individuos con un

23.23% se ubicaron en ansiedad severa; 17 personas con un 26.15% se encontraron en ansiedad moderada a ansiedad marcada y 1 persona estuvo en ausencia de ansiedad o ansiedad mínima.

En el factor FIII (Situaciones fóbicas), 6 individuos con un porcentaje de 22.22% se ubicaron en ansiedad extrema; 29 personas con un 29.29% se hallaron en ansiedad severa; en ansiedad moderada a ansiedad marcada estuvieron 13 personas con un 20% y en ausencia de ansiedad o ansiedad mínima, no se halló ningún individuo.

En el factor FIV (Situaciones habituales o de la vida cotidiana), 8 personas con un porcentaje de 29.62% se hallaron en ansiedad extrema; en ansiedad severa se ubicaron 22 personas con un 22.22%; en ansiedad moderada o ansiedad marcada se encontraron 18 individuos con un porcentaje de 27.69% y por último se encontró un 0% con ausencia de ansiedad o ansiedad mínima.

Tabla 18 Factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA.

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (GENERAL)					
	FI	FII	FIII	FIV	TOTAL
ANSIEDAD EXTREMA	6	7	6	8	27
ANSIEDAD SEVERA	25	23	29	22	99
ANSIEDAD MODERADA A MARCADA	17	17	13	18	65
AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA	0	1	0	0	1

Tabla 19 Porcentajes de los factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA.

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (GENERAL)

	FI	FII	FIII	FIV
ANSIEDAD EXTREMA	22.22%	25.92%	22.22%	29.62%
ANSIEDAD SEVERA	25.25%	23.23%	29.29%	22.22%
ANSIEDAD MODERADA A MARCADA	26.15%	26.15%	20%	27.69%
AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA	0%	100%	0%	0%

En la distribución por factores situacionales [Tabla 20] se observa que en la población analizada hay prevalencia de FI, situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades, seguido por FIII, situaciones fóbicas, luego FII, situaciones sexuales y de interacción social y en última instancia FIV, las situaciones habituales o de la vida cotidiana.

Tabla 20 Factores situacionales de ansiedad medidos por el ISRA a la población objeto de estudio (media aritmética).

FI (Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades)	100.60
FII (Situaciones sexuales y de interacción social)	32.5
FIII (Situaciones fóbicas)	59.54
FIV (Situaciones habituales o de la vida cotidiana)	27.62

$$\text{Valores de la Media Aritmética (} 0 = \frac{\sum f \cdot x_i}{n} \text{)}$$

En las tablas 21 y 22 se muestran los resultados arrojados por el test ISRA de acuerdo a la evaluación de las situaciones según la población masculina. El factor FI (Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades) muestra que 3 individuos con un 14.28% se ubicaron en la escala de ansiedad extrema; 11 individuos con un porcentaje de 32.35% en ansiedad severa; 3 sujetos con un

porcentaje de 23.07% en ansiedad moderada o marcada y en ausencia de ansiedad no se halló ninguna persona.

En el factor FII (Situaciones sexuales y de interacción social) 4 personas con un 19.04% se encontraron en ansiedad extrema; 9 individuos con un porcentaje de 26.47% se ubicaron en ansiedad severa; 4 personas con un 30.76% estuvieron en ansiedad moderada a ansiedad marcada y no se halló ausencia de ansiedad o ansiedad mínima.

En el factor FIII (Situaciones fóbicas) 6 individuos con un porcentaje de 28.57% se ubicaron en ansiedad extrema; 7 personas con un 20.58% se hallaron en ansiedad severa; 4 personas con un 39.76%, en ansiedad moderada a ansiedad marcada y no se hallaron individuos en ausencia de ansiedad o ansiedad mínima.

En el factor FIV (Situaciones habituales o de la vida cotidiana), 8 personas con un porcentaje de 38.09% se ubicaron en ansiedad extrema; en ansiedad severa se hallaron 7 personas con un 20.58%; en ansiedad moderada o ansiedad marcada se encontraron 2 individuos con un porcentaje de 27.69% y por último se encontró un 0% con ausencia de ansiedad o ansiedad mínima.

Tabla 21 Factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA en un grupo de varones.

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (VARONES)					
	FI	FII	FIII	FIV	TOTAL
ANSIEDAD EXTREMA	3	4	6	8	21
ANSIEDAD SEVERA	11	9	7	7	34
ANSIEDAD MODERADA A MARCADA	3	4	4	2	13

AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

Tabla 22 Porcentajes de los factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA a un grupo de varones.

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (VARONES)				
	FI	FII	FIII	FIV
ANSIEDAD EXTREMA	14.28%	19.04%	28.57%	38.09%
ANSIEDAD SEVERA	32.35%	26.47%	20.58%	20.58%
ANSIEDAD MODERADA A MARCADA	23.07%	30.76%	30.76%	15.38%
AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA	0%	0%	0%	0%

En la distribución por factores situacionales [Tabla 23] se observa que en la población masculina analizada hay prevalencia de FI, situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades, seguido por FIII, situaciones fóbicas, luego FIV, las situaciones habituales o de la vida cotidiana y en última instancia FII, situaciones sexuales y de interacción social

Tabla 23 Factores situacionales de ansiedad medidos por el ISRA a un grupo de varones (media aritmética).

FI (Situaciones que implican evaluación y Asunción de responsabilidades)	100.88
FII (Situaciones sexuales y de interacción social)	33
FIII (Situaciones fóbicas)	70
FIV (Situaciones habituales o de la vida cotidiana)	34.94

En las tablas 24 y 25 se muestran los resultados arrojados por el test ISRA al evaluar las situaciones, en la población femenina y de acuerdo al factor FI

(Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades) se observa que 3 individuos con un 50% estuvieron en la escala de ansiedad extrema; 14 individuos con un porcentaje de 21.53% se hallaron en ansiedad severa; 14 en ansiedad moderada o marcada con 26.92 % y en ausencia de ansiedad o ansiedad mínima no se hallaron personas (0%).

En el factor FII (Situaciones sexuales y de interacción social), 3 personas con un porcentaje de 50% estuvieron ubicadas en ansiedad extrema; 14 individuos con un porcentaje de 21.53% se hallaron en ansiedad severa; 13 personas con un 25% se encontraron en ansiedad moderada a ansiedad marcada y se halló en ausencia de ansiedad o ansiedad mínima 1 persona.

En el factor FIII (Situaciones fóbicas), en ansiedad extrema no se hallaron individuos; en ansiedad severa se ubicaron 22 personas con un porcentaje de 33.84%; en ansiedad moderada a ansiedad marcada estuvieron 9 personas con un porcentaje de 17.30% y en ausencia de ansiedad o ansiedad mínima no se encontraron individuos.

En el factor FIV (Situaciones habituales o de la vida cotidiana) en la categoría de ansiedad extrema no se encontró individuo alguno; en ansiedad severa se hallaron 15 personas con un porcentaje de 23.84%; en ansiedad moderada o ansiedad marcada 16 individuos con un porcentaje de 30.76% y por último el 0% de los individuos tuvieron ausencia de ansiedad o ansiedad mínima.

Tabla 24 Factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA en un grupo de mujeres.

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (MUJERES)					
	FI	FII	FIII	FIV	TOTAL
ANSIEDAD EXTREMA	3	3	0	0	6
ANSIEDAD SEVERA	14	14	22	15	65
ANSIEDAD MODERADA A MARCADA	14	13	9	16	52
AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA	0	1	0	0	1

Tabla 25 Porcentajes de los factores situacionales e índices de ansiedad medidos por el ISRA a un grupo de mujeres.

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (MUJERES)				
	FI	FII	FIII	FIV
ANSIEDAD EXTREMA	50%	50%	0%	0%
ANSIEDAD SEVERA	21.53%	21.53%	33.84%	23.07%
ANSIEDAD MODERADA A MARCADA	26.92%	25%	17.30%	30.76%
AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA	0%	100%	0%	0%

En la distribución por factores situacionales [Tabla 26] se observa que en la población femenina analizada hay prevalencia de FI, situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades, seguido por FIII, situaciones fóbicas, luego FII, situaciones sexuales y de interacción social y en última instancia FIV, las situaciones habituales o de la vida cotidiana.

Tabla 26 Factores situacionales de ansiedad medidos por el ISRA a un grupo de mujeres (media aritmética).

FI (Situaciones que implican evaluación y Asunción de responsabilidades)	100.45
FII (Situaciones sexuales y de interacción social)	32.22

FIII (Situaciones fóbicas)	60.64
FIV (Situaciones habituales o de la vida cotidiana)	23.90

$$\text{Valores de la Media Aritmética (} 0 = \frac{\sum f \cdot x_i}{n} \text{)}$$

De acuerdo a los resultados y al análisis global de toda la información arrojada por el test ISRA se apunta a un perfil ansiógeno desadaptativo de la población analizada, categorizada dentro de los baremos clínicos prevaleciendo a nivel grupal la ansiedad severa, los factores situacionales que implican evaluación y asunción de responsabilidades y las respuestas de tipo cognitivo. Al comparar estos resultados con el EAE se puede observar que aunque los pacientes obtuvieron niveles altos de ansiedad y no presentaron considerables niveles de estrés; se podría decir que en la medición del test ISRA se encontró una gran disminución en las respuestas de tipo fisiológico justificado por la concepción de que el estrés es también de tipo fisiológico, por tal razón no se encuentran niveles altos de estrés; otra característica de ese resultado es la no prevalencia de situaciones en el factor FIV, situaciones habituales o de la vida cotidiana, por lo tanto esto implicaría que en su diario vivir estas personas están adaptadas a todo tipo de situación cotidiana (trabajo, familia, etc.)

Después de analizar los resultados arrojados por el ISRA y contrastarlos con el EAE, se puede aludir al mantenimiento de la enfermedad médica, hipertensión arterial esencial, como consecuencia psicológica puesto que los pacientes no se están dando cuenta de los síntomas que permiten el mantenimiento de la enfermedad psicosomática. Además de eso, al relacionarlo con los esquemas que prevalecen en cada individuo, relacionado con su personalidad, parece tener influencia en la presión arterial. El estilo de personalidad ansioso provoca, de forma significativa, incrementos en la presión sistólica y diastólica. (Broege, 1996). Así mismo, el neuroticismo, medido a través del Inventario de Personalidad de Eysenck parece estar relacionado con el incremento de la presión arterial, en un estudio

durante cuatro años con sujetos normotensos e hipertensos. En este estudio, el neuroticismo se asoció de forma negativa con el incremento en la presión arterial. (Brody y cols., 1996). Maddi, (1999), relaciona igualmente, de forma significativa y negativa la "dureza" (psicoticismo) con la presión sanguínea, como medida de tensión del organismo. No todos los estudios sobre neuroticismo han encontrado los mismos resultados. Así, Schwebel y cols. (1999) no se encontraron diferencias importantes en la reactividad cardiovascular entre sujetos que puntuaban alto y bajo en la escala de neuroticismo, medida a través de NEO Personality Inventory. Otros autores (Hernández y cols., 1988) tratando de definir el "perfil" del sujeto hipertenso, llegan a la conclusión de que el sujeto hipertenso es una persona con elevada ansiedad que se siente amenazada, que mantiene las emociones bajo control y que está preparada para la lucha, pero nunca acaba de descargar la gran tensión que la amenaza le origina.

Con respecto al tercer objetivo: describir los Esquemas Maladaptativos Tempranos que caracterizan el componente cognitivo ideacional de los pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial esencial y de acuerdo a la interpretación de la prueba utilizada (EMT-S2) Esquemas Maladaptativos Tempranos, se puede mostrar a nivel general (Tablas 27 y 28) que hay una prevalencia del esquema de **Hiper-autocrítica o sobre-exigencia (us)** con un porcentaje de 13.13%; en segunda instancia se encontró el esquema de **Inhibición emotiva (ei)** con 11.47%, en tercera instancia se hallaron los esquemas de **Abandono-inestabilidad (ab)**, **Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad (vh)**, **Auto-sacrificio (ss)** y **Derechos-grandiosidad** con un porcentaje de 9.83%; después se encontraron los esquemas de **Desconfianza-abuso (ma)**, **Aislamiento-alienación (si)** y **Fusión o identidad no desarrollada (em)** con un porcentaje de 6.55%; le sigue el esquema de **Insuficiencia de auto-control (is)** con un porcentaje de 4.91%; siguiéndole **Carencia afectiva (ed)**, **Dependencia incompetencia (di)** y **Sometimiento (sb)** con 3.27%; después se encuentra el esquema de **Defectuoso vergüenza (ds)** y

por último con un 0% se encontró el esquema de **Fracaso (fa)**. Se realizó una diferenciación de cada sexo de modo que se identificaron los siguientes perfiles cognitivos:

Tabla 27 Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a la población objeto de estudio.

TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) GENERAL																
	Ed	Ab	Ma	Si	Ds	Fa	Di	Vh	Em	Sb	Ss	Ei	Us	Et	Is	TOTAL
VARONES	2	2	3	1	0	0	1	1	1	0	3	4	3	3	2	26
MUJERES	0	4	1	3	1	0	1	5	3	2	3	3	5	3	1	35
TOTAL	2	6	4	4	1	0	2	6	4	2	6	7	8	6	3	61

Tabla 28 Porcentajes de los Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a la población objeto de estudio.

	Ed	Ab	Ma	Si	Ds	Fa	Di	Vh
VARONES	7.7%	7.7 %	11.53%	3.84%	0 %	0%	3.84%	3.84%
MUJERES	0%	11.42%	2.9 %	8.57%	2.9 %	0%	2.9 %	14.28%
TOTAL	3.27%	9.83%	6.55%	6.55%	1.63%	0%	3.27%	9.83%
	Em	Sb	Ss	Ei	Us	Et	Is	
VARONES	3.84%	0%	11.53%	15.38%	11.53%	11.53%	7.7 %	
MUJERES	8.57%	5.71%	8.52%	8.53%	14.28%	8.53%	2.9 %	
TOTAL	6.55%	3.27%	9.83%	11.47%	13.11%	9.83%	4.91%	

En las mujeres, [Tablas 29 y 30] se identificaron los siguientes Esquemas Maladaptativos Tempranos de acuerdo a los valores más significativos, que conforman el perfil cognitivo: con un porcentaje de 14.28%, se encontraron dos esquemas, el de **Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad (vh)**, que supone miedo exagerado a que futuras catástrofes van acontecer sin que puedan evitarlas o manejarlas. Estas catástrofes pueden ser en su salud física, a nivel emotivo o acontecimientos externos (accidentes, asaltos, etc.) y con igual porcentaje esta presente el de **Hiper-autocrítica o Sobre-exigencia (us)**, en el que los sujetos tienen la creencia de que es necesario esforzarse al máximo para alcanzar niveles

muy elevados de desempeño o resultados, lo cual suele llevarlos a un perfeccionismo detallista, reglas muy rígidas (demandas) en muchas áreas de su vida, o una excesiva preocupación por el rendimiento (aprovechamiento del tiempo). Le sigue con un porcentaje de 11.42% el esquema de **Abandono (ab)** que caracteriza a los que piensan que los otros no podrán seguir brindando su apoyo o afecto, porque son impredecibles o inestables o pueden morir, sintiéndose así apáticos, vacíos y aislados .

Seguido a esto, están presentes cinco esquemas con un porcentaje de 8.57%; esquema de **Derechos-Grandiosidad (et)**, se muestra en aquellos que piensan que son superiores, merecedores de privilegios, con derechos especiales, no atados a las reglas que guían las interacciones normales en su sociedad, sin consideración por los sentimientos de los otros, el esquema de **Autosacrificio (ss)**, que caracteriza a aquellas personas que dan excesiva importancia a las necesidades de otros a expensas de las propias, generalmente para evitar la culpa, pues evalúan como egoísmo priorizar las propias. A veces, esto puede llevarlos a pensar que sus propias necesidades no se cubren y a generar resentimiento hacia los que están cuidando, el esquema de **Inhibición Emotiva (ei)**, que apunta a personas que piensan que sus emociones, deseos o debilidades son indignos y su expresión resultaría desagradable para otros o peligrosa para ellos mismo. En consecuencia, para evitar la desaprobación, el propio descontrol o la vergüenza, creen necesaria la inhibición de sus emociones, impulsos o acciones espontáneas, el esquema de **Fusión o Identidad no desarrollada (em)**, que caracteriza a aquellos que piensan que están totalmente ligados, “fundidos”, con otros seres significativos. A veces con sentimiento de vacío, falta de dirección o de identidad y por último el esquema de **Aislamiento-Alienación (si)**, que caracteriza a aquellos que piensan que son distintos, aislados y no forman parte de ningún grupo o comunidad.

En cuarto lugar, con un porcentaje de 5.71%, se encuentra el esquema de **Sometimiento (sb)**, en el cual se tiene el pensamiento de que los propios deseos o necesidades no son importantes o válidos para los otros. En consecuencia, para evitar el posible enojo, venganza o abandono prefieren someterse al control, ya sea de las necesidades (deseos, planes, etc.) o de las emociones (por ejemplo, ira, rabia, etc.,). Finalmente, con un porcentaje de 2.85%, esta presente el esquema **Dependencia-Incompetencia (di)**, que caracteriza a los sujetos que piensan que son incompetentes, que no pueden resolver sus problemas, cumplir con sus responsabilidades o tomar buenas decisiones sin la ayuda de otros; el esquema **Defectuoso-Vergüenza (ds)**, en el que los sujetos piensan que son defectuosos, malos o inferiores en importantes aspectos y que no serán queridos o valorados si se exponen a ser conocidos; el esquema de **Desconfianza-Abuso (ma)**, que esta presente en aquellos sujetos que piensan que los otros finalmente van a herirlos, humillarlos, mentirles o manipularnos y por último el esquema de **Insuficiente auto-control (is)** en el cual se encuentra a personas que tienen poca tolerancia a la frustración, gran dificultad o negación a ejercer el autocontrol y a limitar la expresión de sus emociones o impulsos.

Tabla 29 Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a un grupo de mujeres.

TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) MUJERES																
	Ed	Ab	Ma	Si	Ds	Fa	Di	Vh	Em	Sb	Ss	Ei	Us	Et	Is	TOTAL
19 a 30	0	4	1	3	1	0	1	5	3	2	3	3	5	3	1	35
15 a 18	4	0	3	3	1	4	0	2	0	2	1	0	4	1	6	31
1 a 14	9	9	9	7	11	9	12	6	10	9	9	10	4	9	6	129
TOTAL	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	

Tabla 30 Porcentajes de los Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a un grupo de mujeres.

	Ed	Ab	Ma	Si	Ds	Fa	Di	Vh
19 a 30	0%	11.42%	2.85%	8.57%	2.85%	0%	2.85%	14.28%
15 a 18	12.90%	0%	9.67%	9.67%	2.94%	12.90%	0%	6.45%
1 a 14	6.97%	6.97%	6.97%	5.42%	8.52%	6.97%	9.30%	4.65%
	Em	Sb	Ss	Ei	Us	Et	Is	
19 a 30	8.57%	5.71%	8.57%	8.57%	14.28%	8.57%	2.85%	
15 a 18	0%	6.45%	2.94%	0%	12.90%	2.94%	19.35%	
1 a 14	7.75%	6.97%	6.97%	7.75%	3.10%	6.97%	4.65%	

Por otro lado, en los hombres [Tablas 31 y 32] se identificaron los siguientes Esquemas Maladaptativos Tempranos, de acuerdo a los valores más significativos, que conforman el perfil cognitivo: con un porcentaje 15.38% el esquema de **Inhibición Emotiva (ei)**, que se refiere a personas que piensan que sus emociones, deseos o debilidades son indignos y su expresión resultaría desagradable para otros o peligrosa para ellos mismos. En consecuencia, para evitar la desaprobación, el propio descontrol o la vergüenza, creen necesaria la inhibición de sus emociones, impulsos o acciones espontáneas.

En segundo lugar, con un porcentaje de 11.52% se encuentra el esquema de **Desconfianza-Abuso (ma)**, que está presente en aquellos sujetos que piensan que los otros finalmente van a herirlos, humillarlos, mentirles o manipularnos y el esquema de **Autosacrificio (ss)**, que caracteriza a aquellas personas que dan excesiva importancia a las necesidades de otros a expensas de las propias, generalmente para evitar la culpa, pues evalúan como egoísmo priorizar las propias.

El esquema de **Hiper-autocrítica o Sobre-exigencia (us)**, que caracteriza a aquellos sujetos que tienen la creencia de que es absolutamente necesario esforzarse al máximo para alcanzar niveles muy elevados de desempeño o

resultados y por último el esquema de **Derechos-Grandiosidad**, que está presente en aquellos que piensan que son superiores, merecedores de privilegios, con derechos especiales, no atados a las reglas que guían las interacciones normales en su sociedad, sin consideración por los sentimientos de los otros.

Con un porcentaje de un 7.69% se encuentran los esquemas de **Abandono (ab)** que caracterizan a los que piensan que los otros no podrán seguir brindándoles su apoyo o afecto; **Carencia emotiva (ed)**, en el cual, las personas piensan que sus expectativas de apoyo no serán satisfechas, de acuerdo a tres áreas: Falta de cariño, amor o compañía; Falta de comprensión, de escucha o apertura recíproca y falta de guía o apoyo; **Insuficiente autocontrol (is)** que caracteriza a aquellos que tienen poca tolerancia a la frustración y gran dificultad o negación a ejercer el autocontrol o a limitar la expresión de sus emociones o impulsos. Como mínimo tienen un énfasis exagerado en evitación de todo malestar, dolor, responsabilidad, esfuerzo, etc., a expensas de sus logros o compromisos.

Por último con un porcentaje de 3.84% el esquema de **Aislamiento-Alienación (si)**, caracterizando a los que piensan que son distintos, aislados y no forman parte de ningún grupo o comunidad; **Dependencia-Incompetencia (di)**, que caracteriza a los sujetos que piensan que son incompetentes, que no pueden resolver sus problemas, cumplir con sus responsabilidades o tomar buenas decisiones sin la ayuda de otros. El esquema de **Vulnerabilidad al daño o a la enfermedad (vh)**, en el que las personas manifiestan un miedo exagerado a que futuras catástrofes les puedan acontecer sin que puedan evitarlas o manejarlas y finalmente los esquemas de **Fusión o Identidad no desarrollada (em)**, que caracteriza a aquellos que piensan que están totalmente ligados, “fundidos”, con otros seres significativos.

Tabla 31 Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a un grupo de varones.

TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) VARONES																
	Ed	Ab	Ma	Si	Ds	Fa	Di	Vh	Em	Sb	Ss	Ei	Us	Et	Is	TOTAL
19 a 30	2	2	3	1	0	0	1	1	1	0	3	4	3	3	2	26
15 a 18	3	1	1	1	2	1	1	2	1	5	0	2	4	3	3	30
1 a 14	6	8	7	9	9	10	9	8	9	6	8	5	4	5	6	109
TOTAL	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	

Tabla 32 Porcentajes de los Esquemas Maladaptativos Tempranos medidos por el EMT-S2 a un grupo de varones.

	Ed	Ab	Ma	Si	Ds	Fa	Di	Vh
19 a 30	7.69%	7.69%	11.53%	3.84%	0%	0%	3.84%	3.84%
15 a 18	10%	3.33%	3.33%	3.33%	6.66%	3.33%	3.33%	6.66%
1 a 14	5.50%	7.33%	6.42%	8.25%	8.25%	9.17%	8.25%	7.33%
	Em	Sb	Ss	Ei	Us	Et	Is	
19 a 30	3.84%	0%	11.53%	15.38%	11.53%	11.53%	7.69%	
15 a 18	3.33%	16.66%	0%	6.66%	13.33%	10%	10%	
1 a 14	8.25%	5.50%	7.33%	4.58%	3.66%	4.58%	5.50%	

9. CONCLUSIONES

Con el fin de dar respuesta a la meta de investigación propuesta en el objetivo general, la cual es, describir los componentes cognitivo-emocionales que participan en el afrontamiento psicológico de un grupo de pacientes con diagnóstico médico de hipertensión esencial y de acuerdo al análisis de los resultados, las conclusiones son las siguientes:

De acuerdo a los resultados obtenidos, el grupo investigador alude alude a que el perfil cognitivo-emocional que participa en el afrontamiento psicológico de los pacientes se caracteriza por presentar bajos niveles de estrés que se relacionan de manera positiva con una manifestación de ansiedad baja de manera especial en el canal fisiológico del ISRA, explicado por el pensamiento de que el estrés es también de tipo fisiológico, por tal razón, no se evidencian niveles altos de estrés, sin embargo, se halló en algunos pacientes, bajos niveles de estrés con una ansiedad moderada a mínima justificados por el dominio de situaciones cotidianas, pero en la mayor parte de la población la ansiedad se concentra en el factor de evaluación y asunción de responsabilidades FI, lo cual lleva a pensar que el canal fisiológico debe ser bajo por el control de los escenarios habituales y se debe relacionar positivamente con los niveles de estrés; además, el canal cognitivo debe ser alto porque se le da una sobre-valoración a las situaciones que contienen e implican al factor FIII, lo cual se corrobora con los estudios desarrollados por Hernández (1988), quien argumenta, al definir el "perfil" del sujeto hipertenso, que este es una persona con elevada ansiedad, que se siente amenazada, mantiene las emociones bajo control y está preparada para la lucha, pero nunca acaba de descargar la gran tensión que la amenaza le origina, lo cual es consecuente con lo

hallado en la investigación y se evidencia en la disminución de los valores en los canales motor y fisiológico y se reafirma con los estudios de Cea Ugarte y cols., en los cuales se plantea que el sujeto hipertenso busca menos el apoyo emocional en los demás (búsqueda de apoyo social-emocional), se centra más en comportamientos de tipo cognitivo y conductual (actividad cognitiva y conductual) que la población general siendo mayor la actividad cognitiva, busca información para la solución de su problema (focalización en la respuesta) pero de modo cognitivo e ineficaz ya que no hay transformación en conductas que solucionen su problema, quedándose la solución a nivel cognitivo evitando cualquier tipo de respuesta o solución al problema (desconexión comportamental).

De manera general, se hallan bajas puntuaciones de estrés percibido/vivenciado, contrastados con mayores índices de ansiedad ubicada sobre la media clínica, seguida de la psicosomática y por último la normal, que al relacionarlos con los Esquemas Maladaptativos Tempranos dominantes, hiper-autocrítica/sobre-exigencia (us) e inhibición emotiva (ei), pertenecientes a la categoría de hipervigilancia e inhibición, surgido de un esquema familiar demandante, adusto y severo, que prevalece ante el placer y en donde las emociones se esconden, señala una dificultad marcada en los estilos de afrontamiento.

Los individuos con esquemas hiper-autocrítica/sobre-exigencia tienden a sentir perjuicios significativos en el disfrute, la relajación, salud, autoestima, sentido de logro y hasta relaciones insatisfactorias, que van de la mano con el esquema inhibición emotiva, que representa una excesiva inhibición de las acciones espontáneas, ya sea de los sentimientos o de la comunicación, usualmente para evitar la desaprobación de otros, los sentimientos de vergüenza o la pérdida del control de los impulsos, que repercuten muy comúnmente en la salud individuo puesto que inhiben la cólera, la agresión y los impulsos positivos, asimismo

manifiestan dificultades para expresar vulnerabilidad o comunicar libremente los sentimientos, necesidades y otros aspectos inherentes, además ponen excesivo énfasis en la racionalidad en tanto que inhiben sus emociones, lo cual se confirma al revisar las investigaciones de O'Sullivan, 1999; Westmaas, 1996, sobre el estilo de coping represivo, entendido éste como "minimización o denegación de emociones relacionadas con el estrés o la minimización de las manifestaciones somáticas o psicológicas de estrés" y en las investigaciones de Davies, 1970, sobre el coping represivo y la presión arterial, en donde se muestra una correlación positiva entre ambos.

Adicional a esto se presentan en la misma medida, criterios altos de derechos/grandiosidad, abandono/inestabilidad, vulnerabilidad al daño/ enfermedad y autosacrificio, ya que estos sujetos tienden a exigir pero sin atarse a reglas que guían las interacciones normales en su entorno y en su sociedad, de la misma manera que se perciben aislados, subvalorados, insatisfechos e indefensos, lo cual puede llevarlos a inhibirse emocionalmente puesto que se sienten abandonados y vulnerables, por ende son propensos al daño y a la enfermedad; razón por la cual tratan de controlar tanto su entorno como a ellos mismos, por ende no toman conciencia de su padecimiento, negándolo o coexistiendo con el, sin hacer ningún esfuerzo por mejorar su salud, su estilo de vida, su rutina, ni sus hábitos alimenticios, entre otros. Lo que nos lleva a pensar en el perfil de un paciente que no tiene conciencia de enfermedad, ya que considera poco estresantes los eventos cotidianos o los integra como algo común a sus vivencias, pero refleja altos niveles ansiogénos cognitivos en primera instancia, lo que confirma significativamente la prevalencia de evaluación y valoración de los esquemas o estructuras mentales por parte de la población de estudio.

A grandes rasgos los EMT que los sujetos presentan, facilitan una percepción de amenaza de su ambiente y de sus competencias del dominio del medio, con lo cual se favorece el mantenimiento de la respuesta de ansiedad sintomática y la vulnerabilidad de las estrategias de afrontamiento positivo, lo cual genera que los individuos fluctúen entre los modos disfuncionales o inadaptados de afrontamiento, sobrecompensación y evitación, ya que ellos pueden aceptar las situaciones amenazantes en miras de evitar reacciones negativas, adoptan conductas de retraimiento, evitación de situaciones, desconexión de emociones, u obran como si fuera verdad todo lo opuesto a su esquema inadaptado en miras o en búsqueda de la adaptación y de lograr sobrevivir en un medio adverso. Relacionado con esto, Nyklicek, et al., 1998, han encontrado que el coping represivo sería un "auto-engaño" para evitar experiencias de mucha intensidad percibida de forma consciente.

Continuando con la revisión de la teoría y contrastándola con los resultados obtenidos por el grupo investigador se puede corroborar el mantenimiento de la enfermedad médica, hipertensión arterial esencial, a partir de un estado emocional inadecuado que resulta desadaptativo para el sujeto, por ende vulnerable a la crisis, que conlleva a una elevación de la presión hipertensiva, consecuente con la exacerbación y mantenimiento de los síntomas de la enfermedad; hallándose en el estudio de de Weiner et. al. (1962), otra respuesta para justificar la etiología de la enfermedad, al proponer que los hipertensos afrontaban el estrés controlando o suprimiendo los aspectos amenazantes, con el fin de protegerse a sí mismos. Por su parte Sapira, et. al., 1971, en su estudio observacional de pacientes que veían una película, confirma este hallazgo, al plantear que los hipertensos tendían a negar los acontecimientos emocionalmente significativos.

Sugiriéndose a partir de estos estudios que los hipertensos muestran un estilo supresor o negador de las materias emocionalmente importantes para elevar su presión sanguínea; pero entonces se reafirma la pregunta de ¿por qué son hipertensos? Explicándolo quizás por el hecho de que no siempre supriman o nieguen, aunque hayan utilizado estos estilos en los experimentos referidos. Sin embargo, esta explicación no ha podido ser demostrada y sería motivo de otra investigación, y es en este sentido que el grupo investigador plantea ciertas recomendaciones.

10. RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones elaboradas por el grupo investigador surgen las siguientes recomendaciones:

Se recomienda que se continúe con la elaboración de un perfil cognitivo-emocional de los pacientes hipertensos a partir de la investigación preliminar que el grupo plantea, incluyendo otras variables que arrojen nuevos datos y permitan ampliar la caracterización del perfil. Además, puesto que de acuerdo al tipo de estudio de esta investigación no se profundiza sobre las causas o razones de las respectivas características cognitivo emocionales de los pacientes se refirma el motivo de una nueva investigación utilizando un nivel más profundo; no obstante, sí se realizará otra investigación que contraste los hallazgos de este estudio con los obtenidos en los trabajos referenciados en el marco teórico, se pueden obtener algunos elementos de reflexión que contribuyan y aporten al modelo cognitivo, a la ciencia psicológica y al desarrollo humano.

Continuando con este proceso se sugiere realizar una entrevista más exhaustiva que vaya dirigida a corroborar y confrontar los datos arrojados por los tests.

Adicional a lo citado en torno a la investigación, sería benéfico para la población de estudio:

Favorecer la toma de conciencia del estrés generado por situaciones para poder elicitar la necesidad de cambio que en este caso va de lo cognitivo a lo fisiológico y motor.

A causa de lo mencionado se espera que los pacientes de la IPS Solesalud asistan a psicoterapia dado los altos índices ansiógenos y maladaptativos hallados de acuerdo a las evaluaciones aplicadas. En este sentido se considera que el poseer estrategias de afrontamiento más positivas generan un impacto en su vida personal a través de comportamientos y toma de decisiones que tienen como resultado un efecto en su desarrollo tanto personal, familiar y laboral.

De la misma manera que se han expuesto ciertas sugerencias dirigidas en torno a la población y a la investigación, se le recomienda a la institución prestadora de servicios de salud de Soledad, la ejecución de un programa de intervención donde se trabaje con reestructuración cognitiva, relajación progresiva, relajación abreviada y solución de problemas, para la identificación de los esquemas cognitivos, el estrés y la ansiedad, para el bienestar y calidad de vida de la población de estudio.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

1. Psicoeducación sobre las variables Psicológicas, médicas y socioculturales que participan en el origen, mantenimiento y modificación de las enfermedades psicosomáticas y enfermedades médicas.
2. Entrenamiento en evaluación y autoobservación de las variables mediacionales (Cognitivo-Emocionales).

3. Entrenamiento en técnicas para el control y reducción de los síntomas psicosomáticos:
 - Técnicas de autocontrol autógeno.
 - Reestructuración y modificación cognitiva.
 - Resolución de problemas para el afrontamiento efectivo de las situaciones que generan vulnerabilidad.

4. Estrategias para la adherencia al tratamiento.

Tabla 33. Programa de intervención recomendado por las investigadoras.

ACTIVIDAD	SESIÓN
Contacto con la población y presentación.	1
Guía de sesiones informativas: Educa a los participantes acerca del estrés, la ansiedad, Esquemas Maladaptativos Tempranos, hipertensión arterial y afrontamiento.	2
Aplicación de instrumentos.	3-5
Técnicas de relajación: entrenamiento en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, en la versión abreviada de Wolpe (1973), unida a un entrenamiento en respiración abdominal.	6-11
Reestructuración Cognitiva: Como combatir los pensamientos deformados de Albert Ellis y Aaron Beck (1961) que provocan estados emocionales negativos como el estrés, la ansiedad, etc.	12-17
Técnica de solución de Problemas de D'Zurilla y Goldfried, (1971): entrenamiento sistemático en la búsqueda eficaz de soluciones.	18-33
Práctica de técnicas ya aprendidas.	34-35
Segunda aplicación de instrumentos.	36-38

BIBLIOGRAFIA

ADUNA MONDRAGON, Alma Patricia y SALVADOR GARCIA, Mercedes Silvia. Los recursos humanos: el afrontamiento de los eventos de vida y el estrés. En : gestión y estrategia. No. 19 (Enero-Junio, 2001); p. 38-48.

BARRERA, Esneda; CERON, Nancy y ARIZA, Martha Consuelo. Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de hipertensión arterial. Neiva, 1998. Trabajo de grado (Enfermería). Universidad Sur Colombiana, programa de enfermería. p. 45.

BRANNON, Linda y FEIST, Jess. Psicología de la salud. España : Paraninfo Thomson Learning. 2001. 153. p.

CEA UGARTE, José Ignacio; BRAZAL R. José julio y GONZALEZ-PINTO Asunción. Estrategias de afrontamiento e hipertensión esencial [en línea]. s.l. [Consultado 13 de Septiembre de 2006]. Disponible en Internet: <<http://reme.uji.es/articulos/aceauj7542404101/texto.html>>

CRUZ MARIN, Carlos y VARGAS FERNANDEZ, Luís. Estrés: entenderlo es manejarlo. México: Alfaomega, 2001. p. 28.

DÍAZ CORRAL, Ileana Beatriz. Afrontamiento y calidad de vida percibida vivenciada [en línea]. Departamento de Psicología. Universidad de Oriente: 1997. [Consultado 1 de septiembre de 2006]. Disponible en Internet: <<http://www.monografias.com/trabajos16/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>>.

DURAN MOSQUERA, Amparo y CASTAÑEDA COLLAZOS, Zulma. Efectos de un entrenamiento cognitivo conductual sobre la ansiedad a la evaluación en niños de 5to de primaria. Barranquilla. 1997. Estudios de postgrados. Universidad del Norte. Facultad de psicología. p. 14

ENCICLOPEDIA TEMATICA ARGOS. Medicina. Barcelona: Argos-Vergara, 1981. 182. p.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, una cuestión de corazón. En: El Heraldo, Barranquilla. (1, Oct., 2006); p. 5C, c. 1-6.

ENTREVISTA con Marleyn Serrano Ramírez. Psicóloga clínica, docente corporación universitaria de la costa/universidad del norte. Barranquilla, 18 de octubre de 2006.

FERNANDEZ-BALLESTEROS, Rocío. Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid, España: Pirámide, 1994. 484. p.

FONTALVO MORALES, José Santiago. Niveles de ansiedad presentes en las personas desplazadas por la violencia y alojadas en albergues en el municipio de Santo Tomás-Atlántico. Barranquilla, 2.004. Trabajo de grado (psicólogo). Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Programa de psicología. p. 24, 25.

FRANCO VICARIO, Ricardo. Aspectos inmunobiológicos del estrés [en línea]. Universidad de Deusto. [Consultado Octubre de 2005]. Disponible en Internet: <<http://www.hospitalbermeo.org/Castellano/info/formacion/publicaciones.htm>>

GUADALAJARA BOO, José F. Hipertensión arterial [en línea]. s.l. [consultado 1 de septiembre de 2006]. p. 8, 12. Disponible en Internet: <<http://www.drscope.com/cardiologia/pac/arterial.htm>>

GUERRERO BARONA, Eloísa. Salud, Estrés y factores psicológicos [en línea]. Centro asociado de Mérida. Departamento de psicología básica. [Consultado 28 de Agosto de 2006]. Disponible en Internet: <<http://www.aidex.es/estres/articuloseloisa/eloisa2.htm>>

LAZARUS, Richard y FOLKMAN, Susan. Estrés y Procesos cognitivos. España : Martínez Roca, 1986. 468. p.

LONDOÑO, Nora Helena. Perfil cognitivo y psicopatológico del trastorno por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas [en línea]. Universidad de San Buenaventura. [Consultado 12 de noviembre de 2006]. Disponible en Internet:

<http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2003II/4%20ANTECEDENTES%20TEMPRANOS%20%20Y%20MODALIDADES%20DE.pdf>>

MADRID, Miguel. Hipertensión arterial [en línea]. s.l. [consultado 1 de septiembre de 2006]. Disponible en Internet:

<www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5155,00.html>.

MANCINI GUTIERREZ, Stephanie. Perfil cognitivo de las parejas con violencia intrafamiliar. Barranquilla, 2.005. Trabajo de practicas (psicóloga). Universidad del Norte. Facultad de psicología. 23 p

MANRIQUE GALVEZ, Edwin. Huayroncos e ima sapras en la vida y obra de Arguedas: depresión y esquemas maladaptativos, revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. [En línea]. [Consultado 12 de noviembre de 2006]. Disponible en Internet:

<<http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2005II/1%20HUAYRONQOS%20E%20IMA%20SAPRAS%20%20EN%20LA%20VIDA%20Y%20OBRA%20DE%20ARGUEDAS.pdf>>

MARK, Beers. et. al. El manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 10ª edición. España: Elsevier, 1997. 2057 p.

MONTEMAYOR, I.E. Sagrado corazón. Teoría de la personalidad y los Esquemas Maladaptativos Tempranos. [en línea]. Disponible en Internet:

<www.scoolweb.com/montemayor/sicologia/ - 21k - Resultado Suplementario>.

OBS CAMERIN, Julio. Introducción a la terapia cognitiva. Buenos Aires, Argentina : El autor, 2005. 204. p.

PALMERO, Francesc y FERNANDEZ ABASCAL, Enrique. Emociones Y salud. Barcelona : Ariel, 1999. 482. p.

PINEL, Jhon. Biopsicología. 4ª edición. México : Prentice Hall, 2001. 558. p.

ROEMMERS. Que es la hipertensión arterial [en línea]. s.l. [Consultado 1 de Septiembre de 2006]. Disponible en Internet:

<<http://www.roemmers.com.ar/infovida/hipertension.asp>>

URQUIZA ALVAREZ Juan; RAMIREZ NUÑEZ Manuel y SANTISTEBAN SANCHEZ Cecilia. Vigilancia en salud de la hipertensión arterial en la atención primaria de salud [en línea]. Manzanillo Mayo-Diciembre: 2001. [Consultado 29 de Mayo de 2006] Disponible en Internet:

<<http://www.monografias.com/trabajos15/hipertension/hipertension.shtml>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health report 2003. Ginebra, Switzerland : Who, 2003. p. 1.

ZANIDIP, Lercanidipina. Monografía del producto. [CD_ROM]: Colombia: Biotoscana, 2001.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

BARRAZA OSORIO, Maribel; PEREZ LOPEZ, Claudia y TORRES HENAO, Margarita. Modificación de los niveles altos y medios de ansiedad a través de las técnicas de biofeedback progresiva. Barranquilla, 1992. Trabajo de grado (psicóloga). Universidad del Norte. Facultad de psicología.

BERNAL TORRES, Cesar Augusto. Metodología de la investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 2 ed. México : Pearson, 2006. 286. p.

DE LA CRUZ MENDEZ, Ramón; MONTERROSA MARTINEZ, Taide y SEVERINO LARA, Luis Eduardo. Hipertensión arterial y estrés ocupacional en trabajadores del seguro social seccional Atlántico. Barranquilla, 1995. Especialización en salud ocupacional. Universidad del Norte. Centro de estudios de postgrados.

HALHUBER, Carola y HALHUBER Max. Como prevenir y tratar el infarto. Santa Fe de Bogotá : Circulo de lectores, 1992. 141. p.

HERNANDEZ CORDOBA, Ángela. Estrés en la familia colombiana : tensiones típicas y estrategias de afrontamiento. Barranquilla, 1991. Proyecto de investigación (psicóloga). Universidad Santo Tomas. Facultad de psicología.

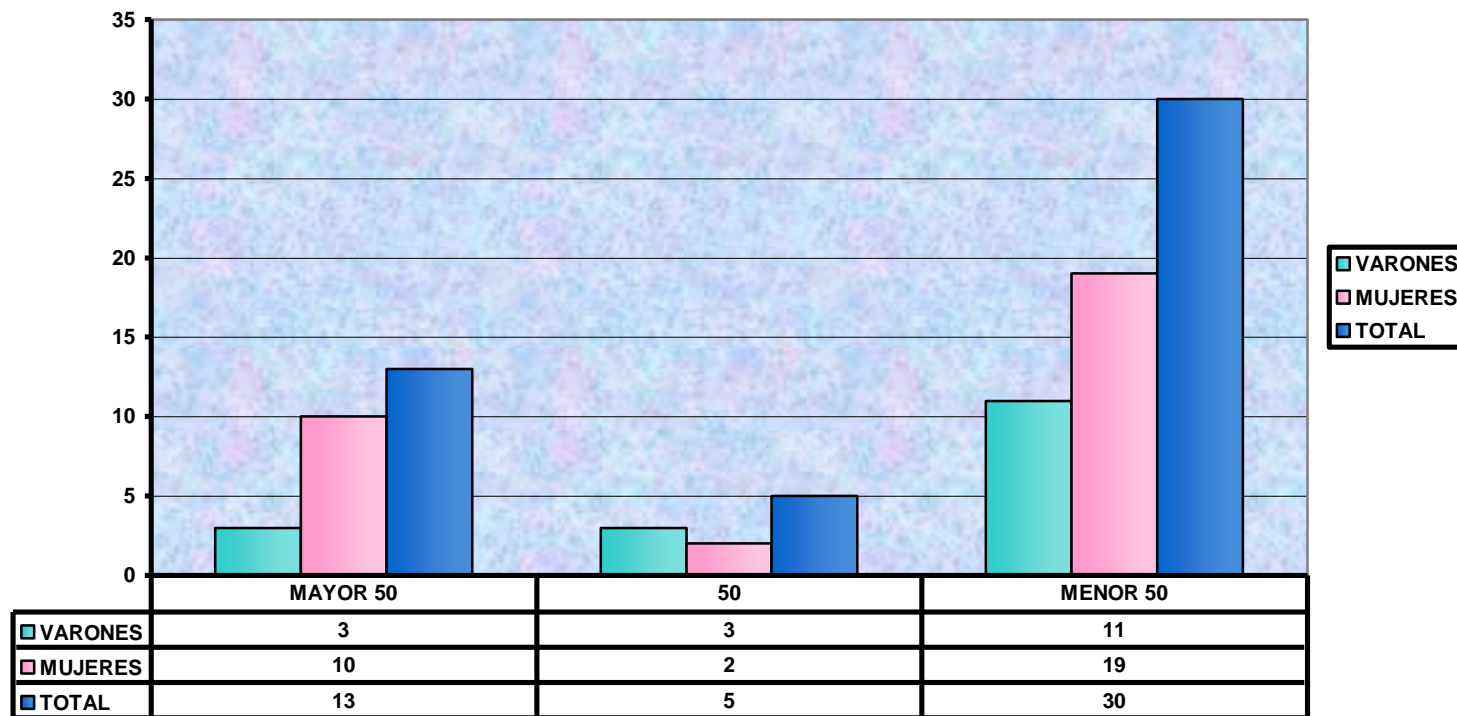
INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACION.
Compendio : Tesis y otros trabajos de grado 2005 – 2006. Bogota : ICONTEC,
1976.

VALLEJO RUILOBA, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4 ed.
Barcelona : Masson, 1999. 937. p.

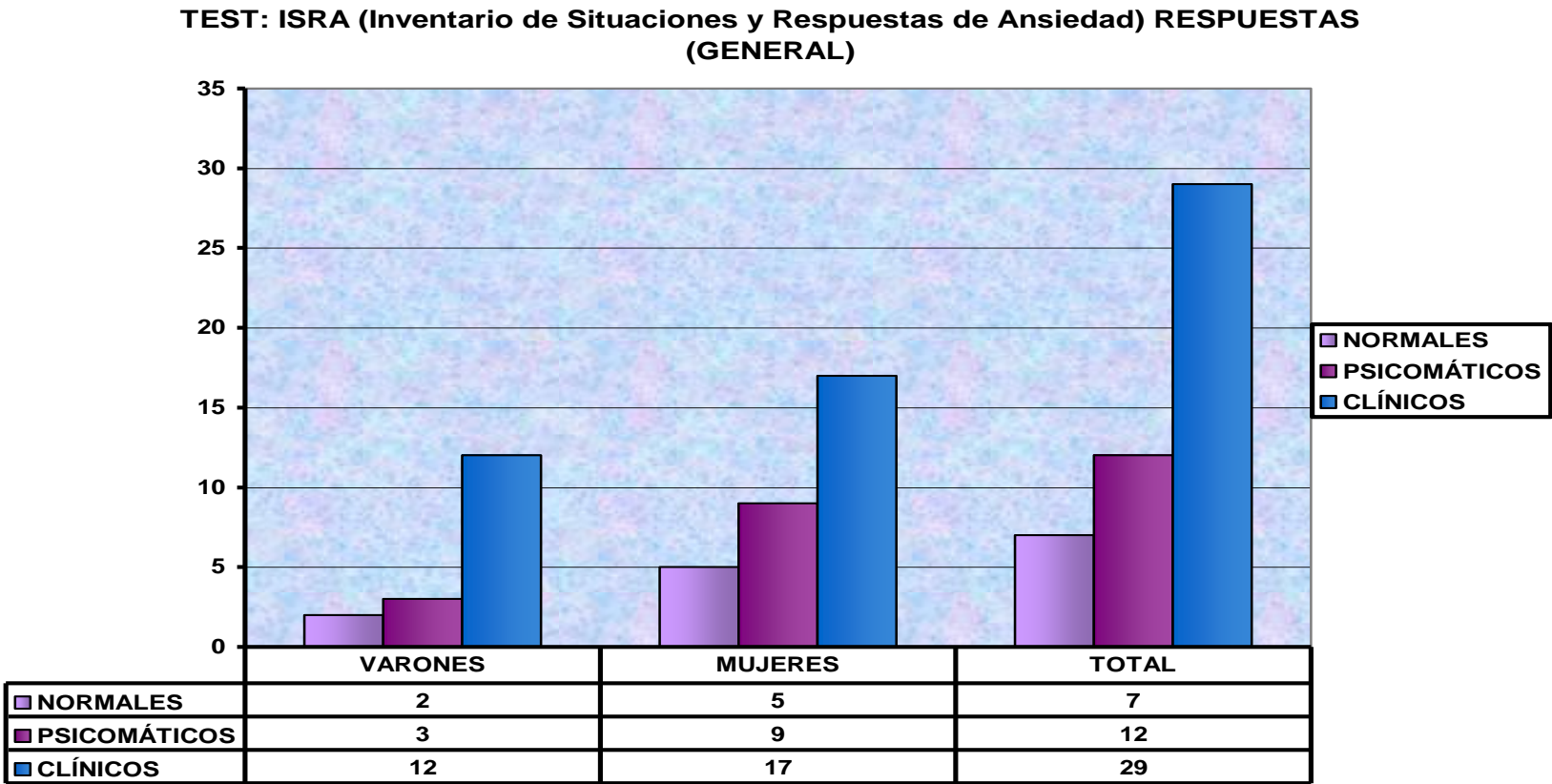
ANEXOS

Anexo 1. Gráfica TEST: EAE (Escala de Apreciación del Estrés)

TEST: EAE (Escala de Apreciación del Estrés)

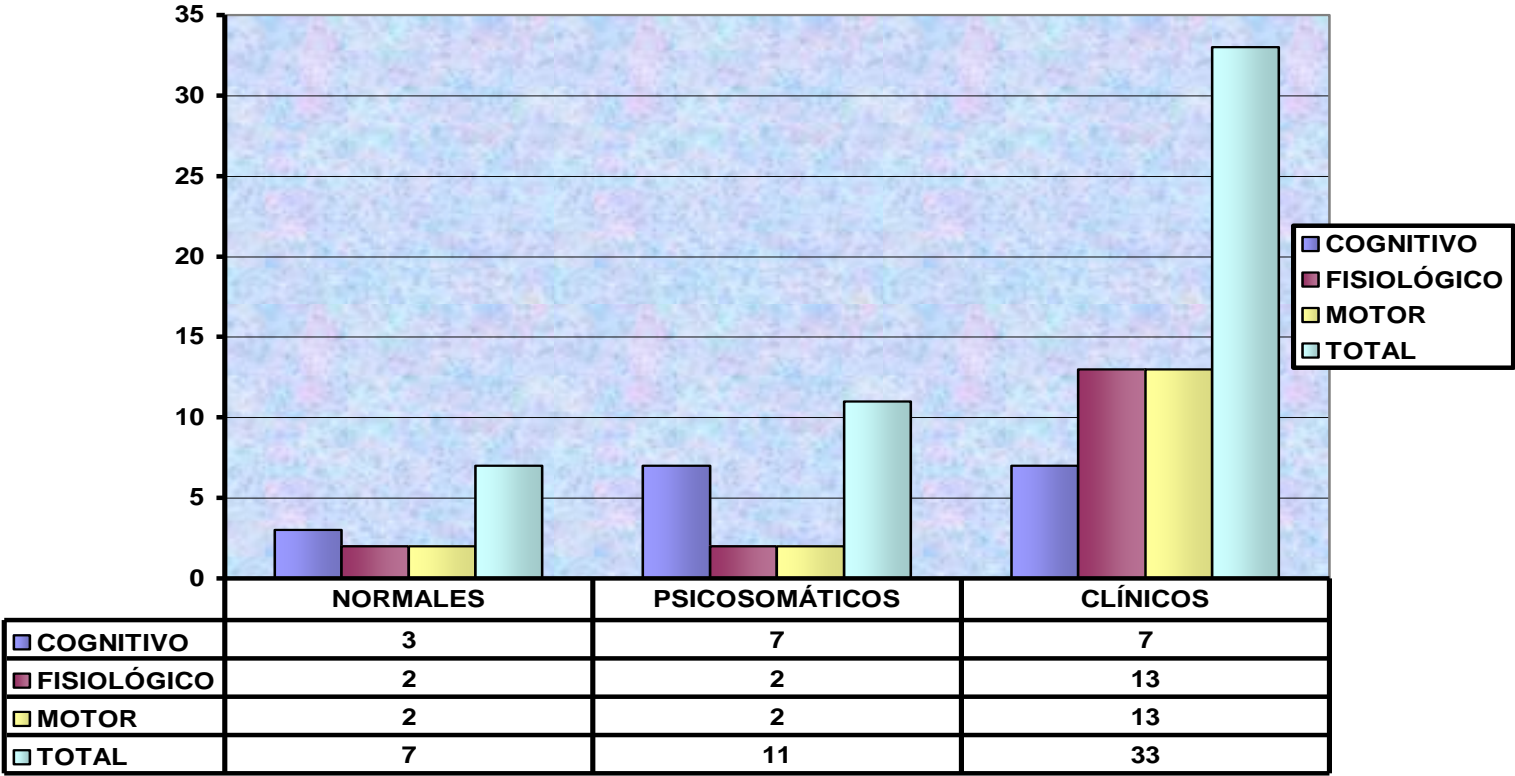


Anexo 2. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) RESPUESTAS (General).



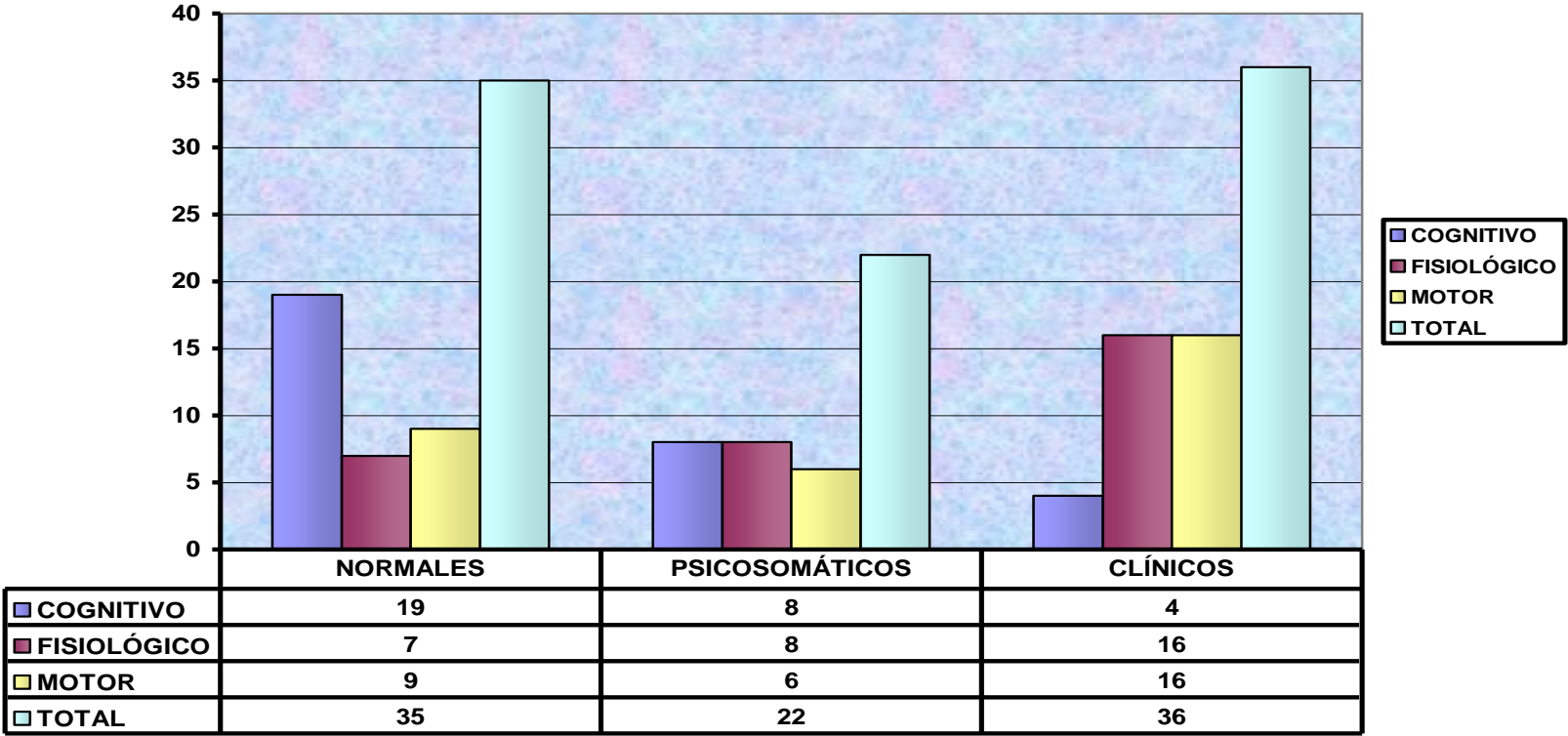
Anexo 3. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). RESPUESTAS (Varones).

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) RESPUESTAS (VARONES)



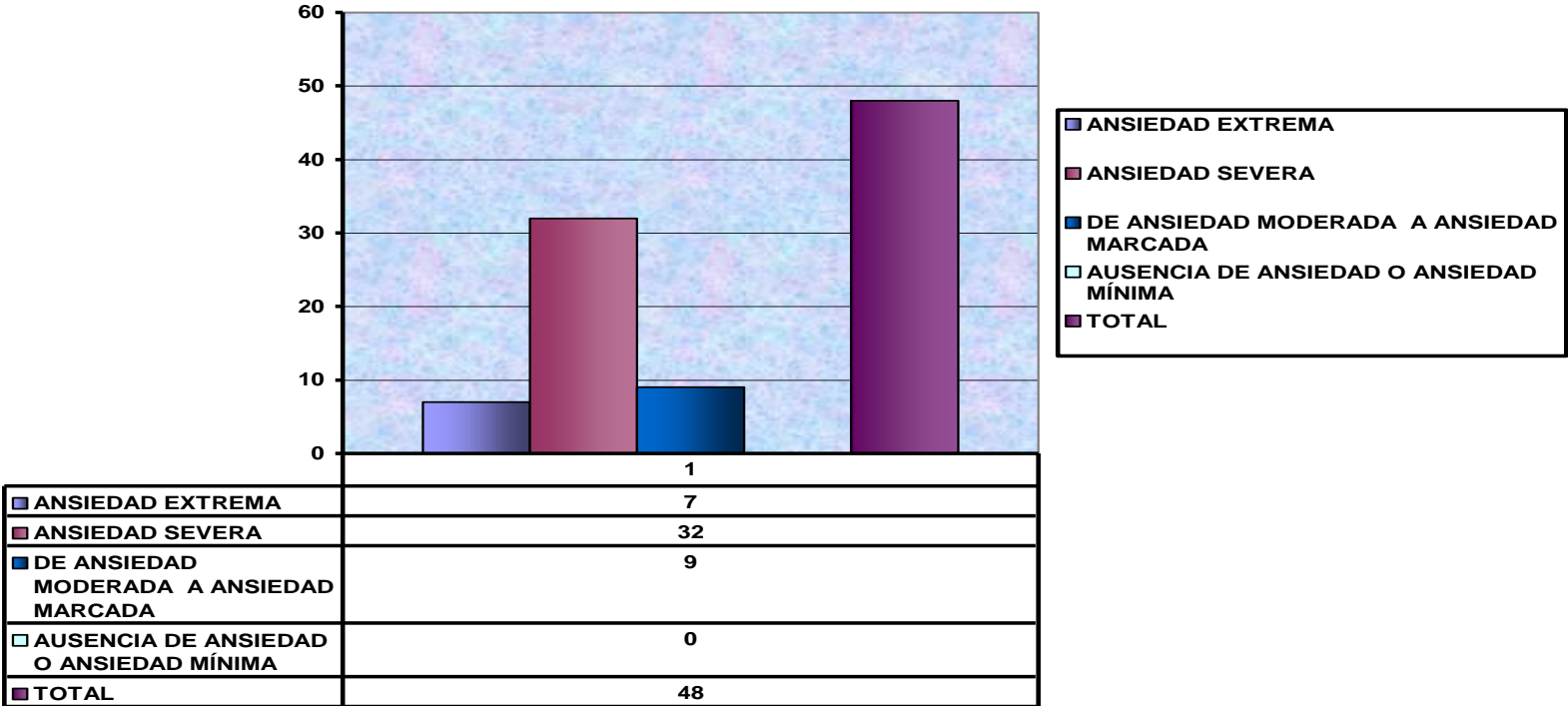
**Anexo 4. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). RESPUESTAS
(Mujeres).**

**TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) RESPUESTAS
(MUJERES)**



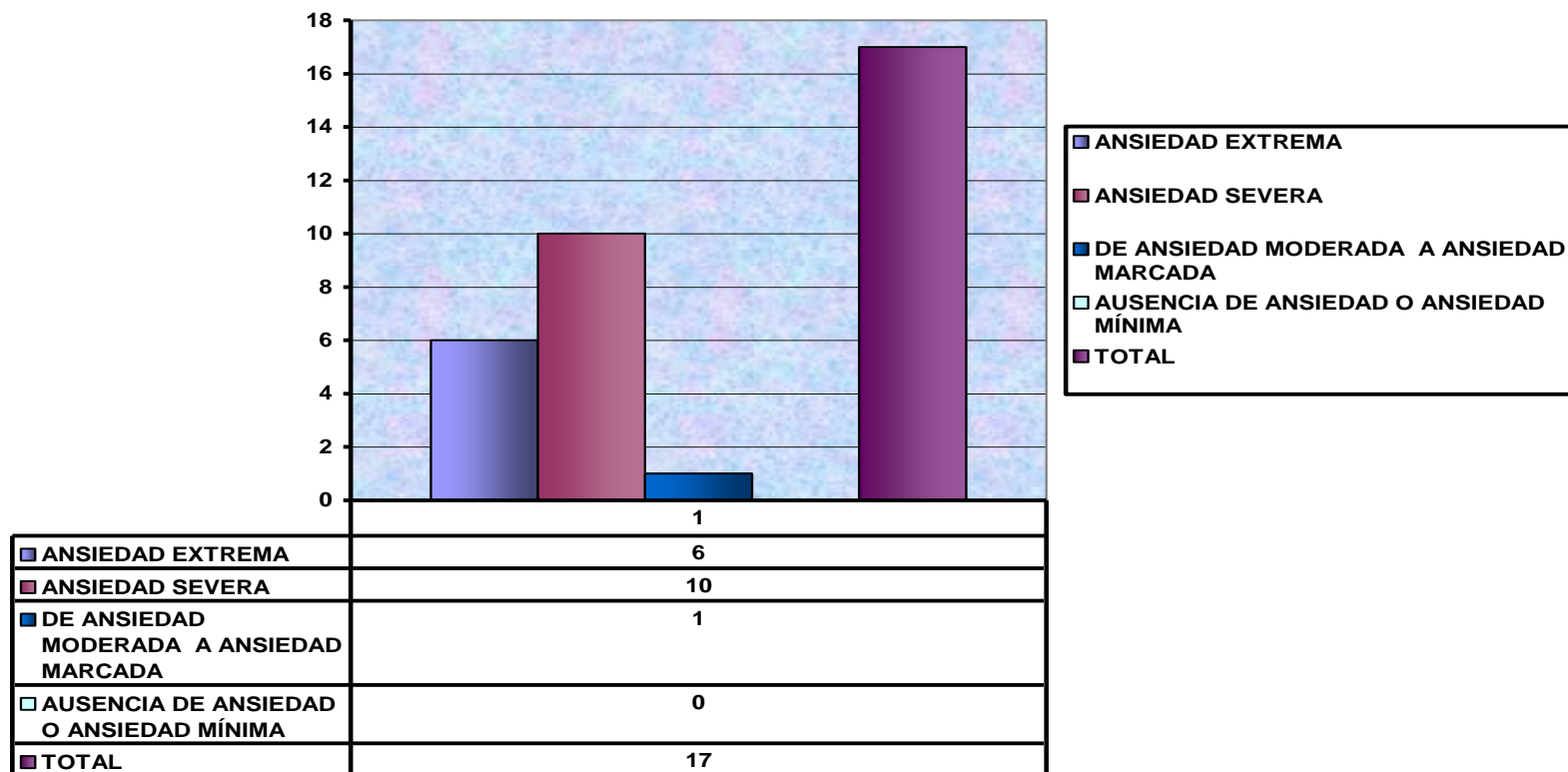
Anexo 5. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). TIPOS DE ANSIEDAD (GENERAL).

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) TIPOS DE ANSIEDAD (GENERAL)



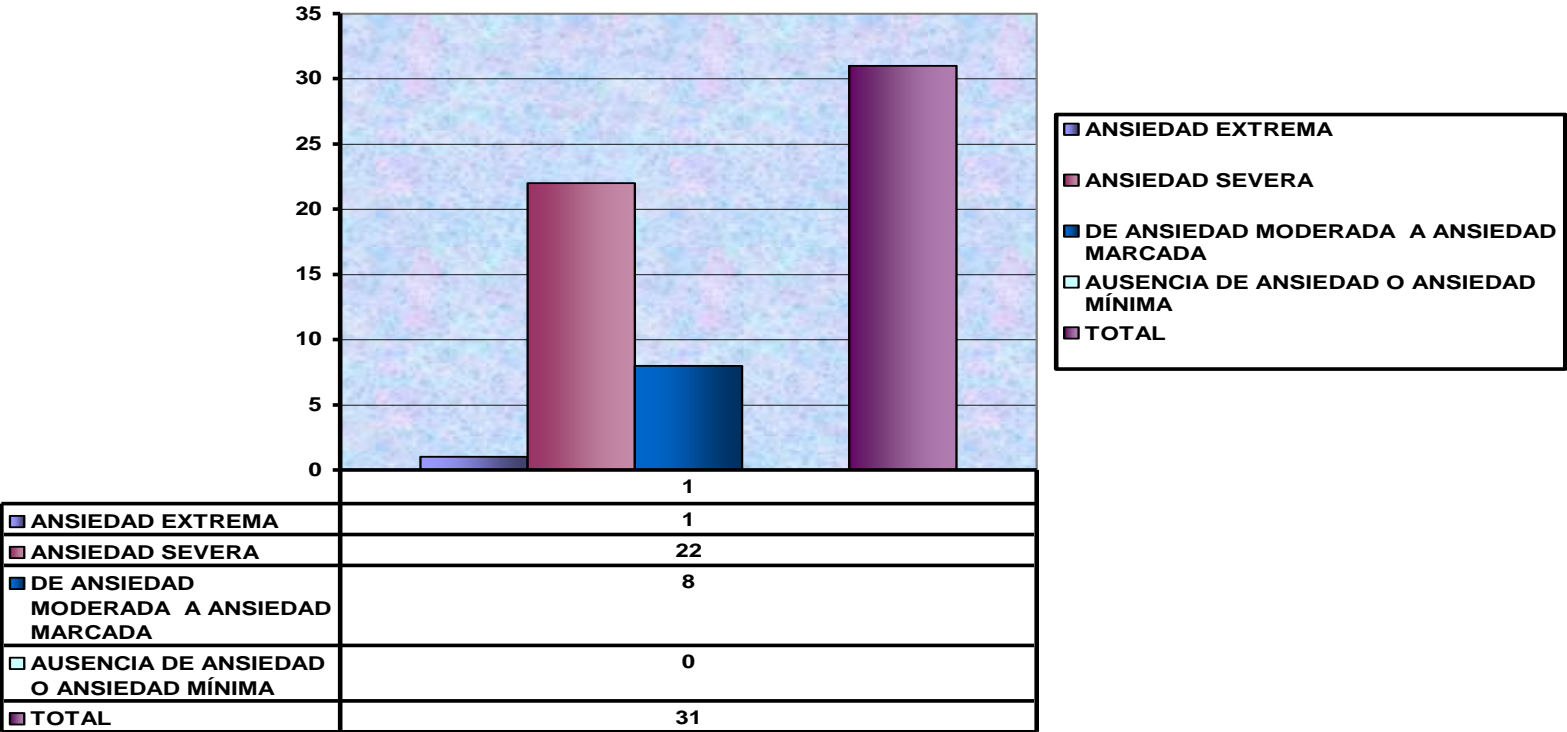
Anexo 6. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). TIPOS DE ANSIEDAD (VARONES).

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) TIPOS DE ANSIEDAD (VARONES)



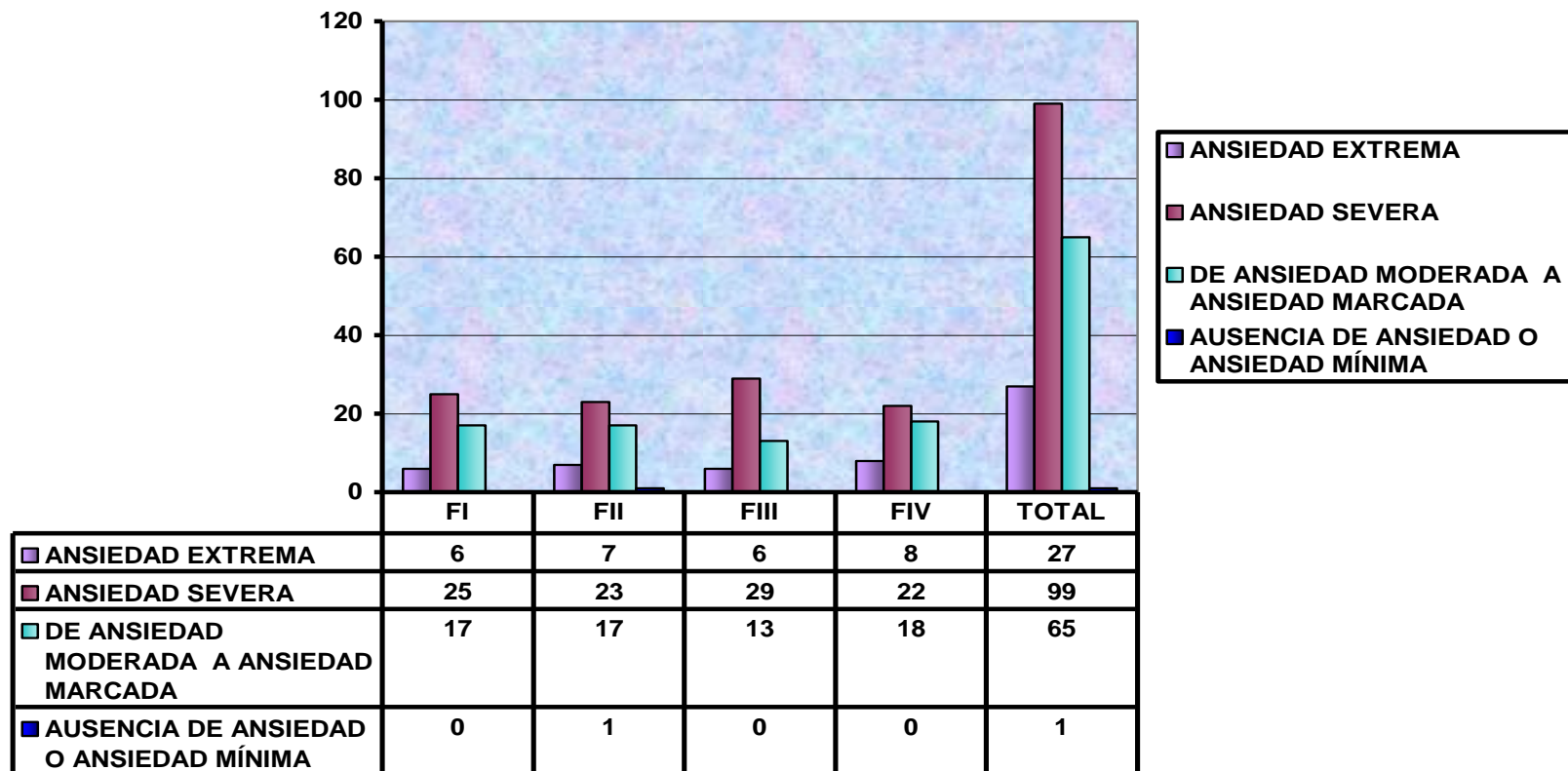
Anexo 7. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). TIPOS DE ANSIEDAD (MUJERES).

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) TIPOS DE ANSIEDAD (MUJERES)



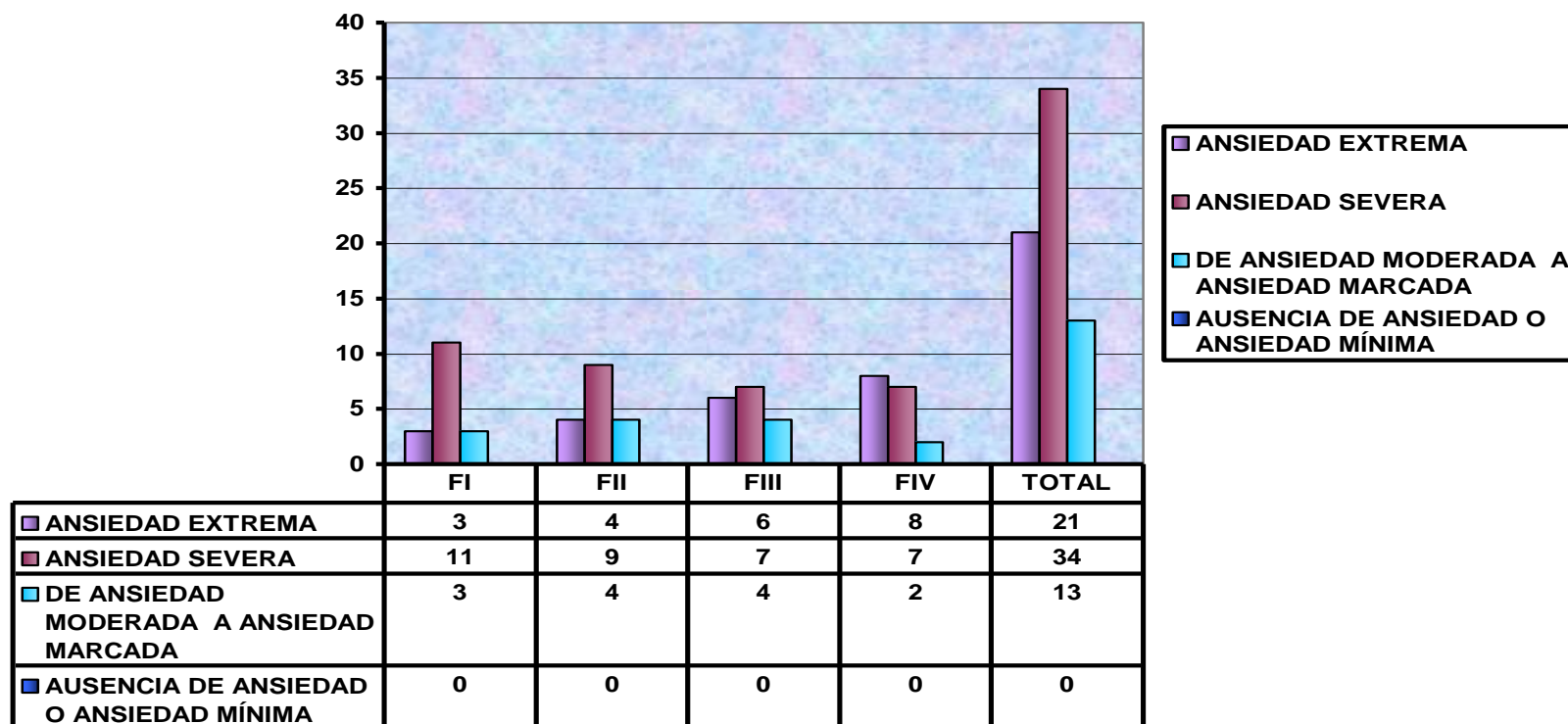
Anexo 8. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (GENERAL).

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) SITUACIONES (GENERAL)



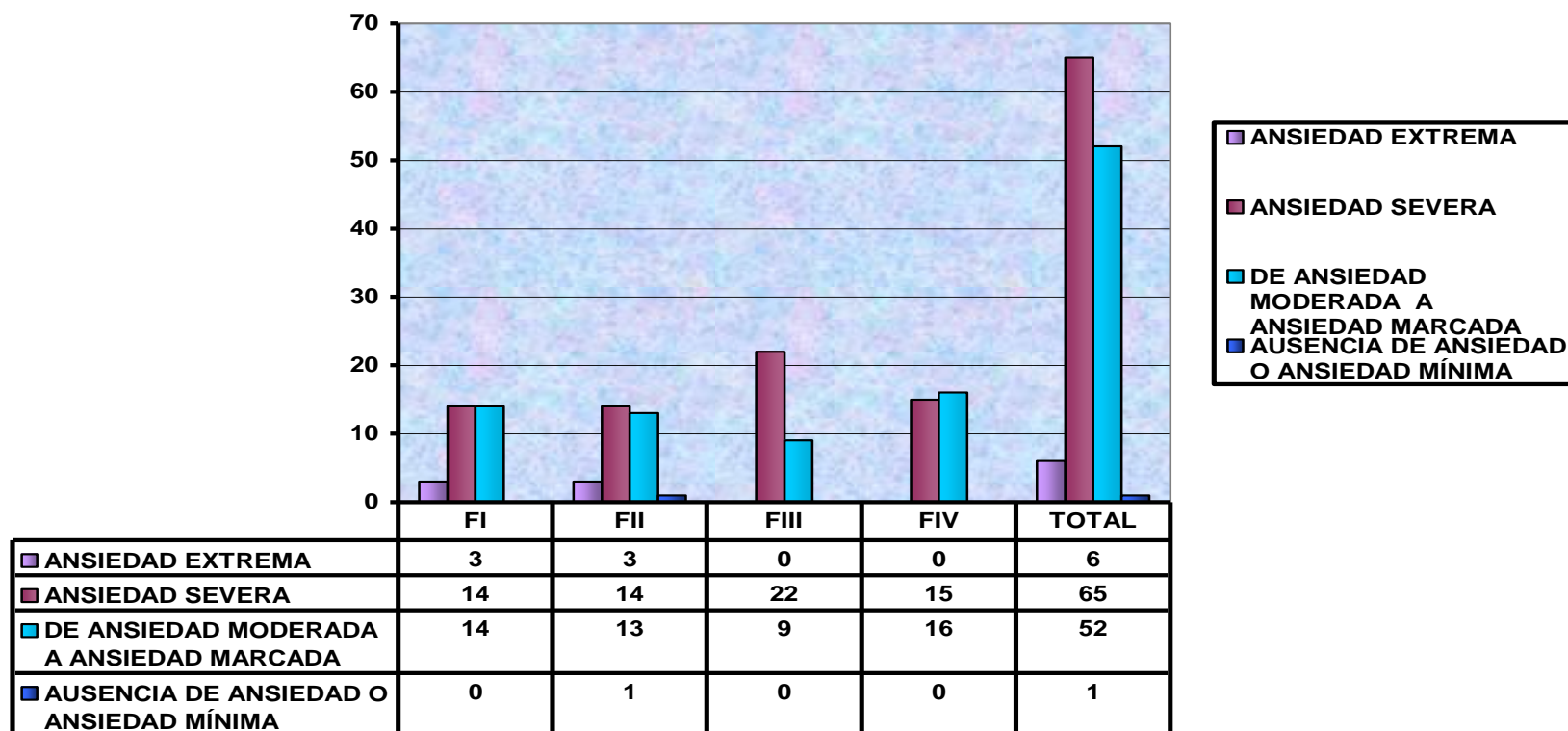
Anexo 9. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (VARONES).

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) SITUACIONES (VARONES)



Anexo 10. Gráfica TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). SITUACIONES (MUJERES).

TEST: ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) SITUACIONES (MUJERES)

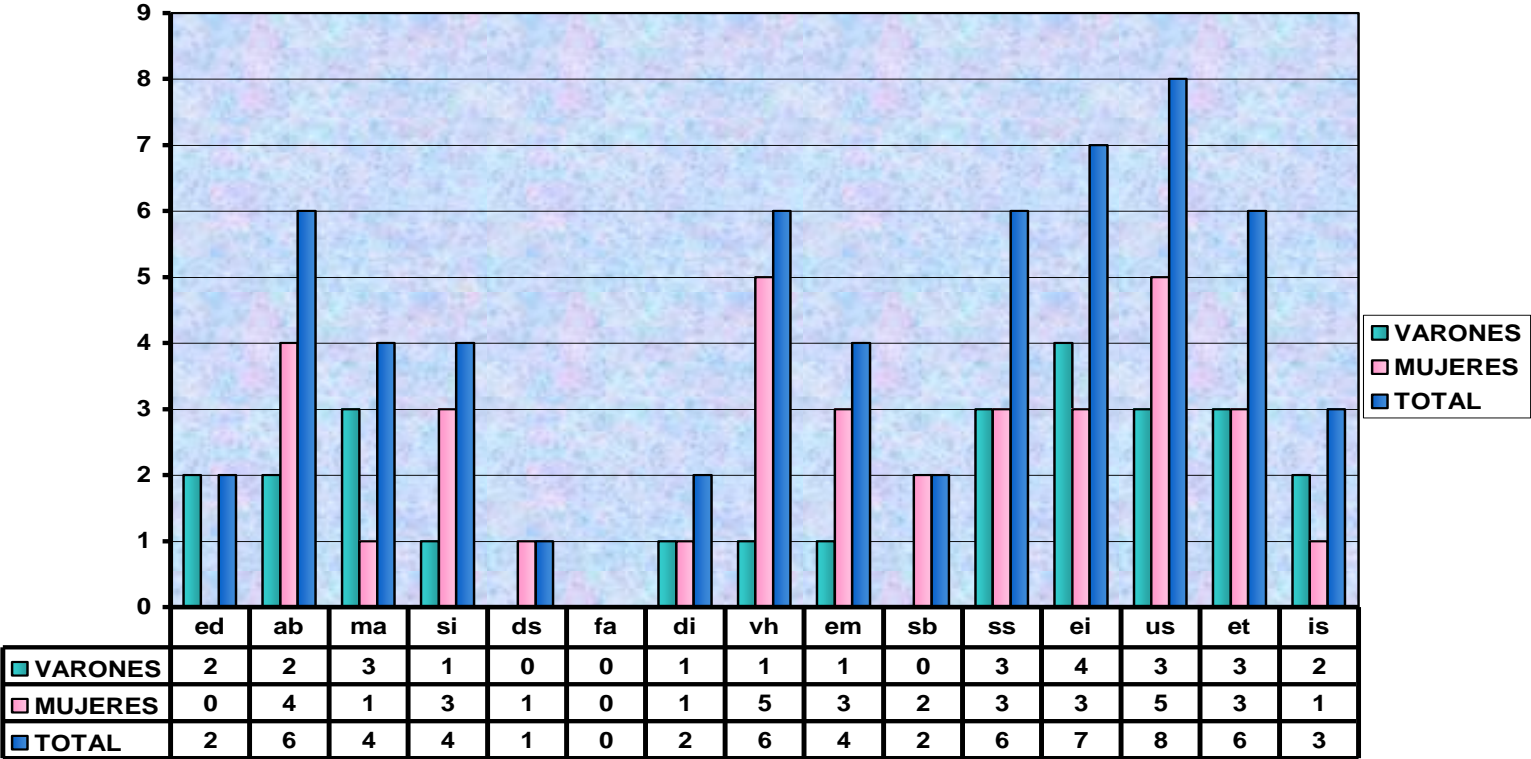


Anexo 11. Tabla TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos)
GENERAL.

TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) GENERAL															
	Desconexión y Rechazo					Incapacidad de Autonomía				Gobierno de los otros		Hiper-vigilancia/inhibición		Falta de límites	
Nombre s	ed	ab	ma	si	ds	fa	di	vh	em	sb	ss	ei	us	et	is
C. C.	5	6	7	7	5	5	5	11	11	5	14	6	15	17	5
M. U.	19	11	11	8	8	9	9	7	11	15	23	10	16	17	14
A. R.	15	8	8	15	15	11	6	6	5	9	10	23	26	13	10
R. D.	12	5	13	9	8	18	19	14	9	17	12	9	22	9	17
O. V.	8	9	12	10	9	10	9	8	10	7	9	16	14	21	20
N. G.	19	20	11	24	14	10	14	10	20	16	9	25	27	18	18
G. S.	5	5	5	15	5	12	5	21	5	10	21	5	12	8	15
P. B.	13	26	17	11	8	12	11	24	20	17	17	13	26	23	16
J. D.	15	9	21	12	11	5	7	17	12	17	22	22	25	20	16
F. P.	10	10	23	7	5	14	5	13	5	8	14	11	16	7	5
J. C.	17	20	19	12	18	17	19	19	15	18	19	19	23	23	19
U. V.	9	25	9	25	16	14	13	13	7	14	12	6	20	13	11
M. E.	12	12	29	25	12	7	10	8	11	24	26	29	24	13	14
A. G.	8	10	13	11	13	10	10	19	5	12	10	9	12	12	11
M. R.	5	5	5	5	5	5	5	5	7	5	5	5	17	9	5
H. G.	17	10	14	15	9	10	13	19	20	7	7	13	11	19	16
E. A.	15	25	11	7	6	16	9	15	10	11	11	5	14	12	13
V. J.	7	12	10	8	6	9	10	6	19	8	10	12	17	17	9
P. R.	18	13	18	15	10	16	13	16	8	13	13	19	25	20	18
L. H.	5	16	18	11	13	5	7	7	5	7	11	5	10	10	5
M. V.	5	7	9	5	8	5	5	9	5	16	8	12	11	13	7
A. M.	5	6	8	6	5	9	8	6	5	9	19	9	16	14	15
C. S.	13	11	14	12	12	12	16	17	12	12	12	16	15	14	15
T. G.	18	28	18	25	21	17	11	27	13	23	12	26	18	11	23
19 - 30															
Media: 15 - 18															
0 - 14															

Anexo 12. Gráfica TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) GENERAL.

TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) GENERAL



Anexo 13. Gráfica TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) VARONES.

TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) VARONES



Anexo 14. Gráfica TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) MUJERES.

TEST: EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos) MUJERES



Anexo 15. Test EAE (Escala de Apreciación del Estrés)

EAE

Nº 202

Escala G

INSTRUCCIONES

A continuación va a encontrar una serie de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos, de nerviosismo, de inquietud, de frustración, etc.

Vd. debe decirnos cuáles han estado o están presentes en su vida. Para ello, marcará con un aspa el SI, siempre que uno de estos acontecimientos se haya producido en su vida; de lo contrario, marcará el NO.

Sólo si ha rodeado el SI, señale en qué medida le ha afectado. Para ello, marcará primero con una X el número que Vd. considere que representa mejor la intensidad con que le ha afectado, sabiendo que 0 significa nada, 1 un poco, 2 mucho y 3 muchísimo.

En segundo lugar, debe indicar además, si todavía le está afectando o si ya le ha dejado de afectar; en el primer caso, marcará la letra A; si le ha dejado de afectar o apenas le afecta marcará la letra P.

Ejemplo: "Castigo inmerecido"	SI	NO	0	1	2	3	A	P
--------------------------------------	----	----	---	---	---	---	---	---

ESPERE, NO DE LA VUELTA A LA HOJA HASTA QUE SE LE INDIQUE



Copyright © 1992 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita: TEA Ediciones, S.A.: Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid - Imprime: Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 Madrid Depósito legal: M - 16.838 - 1992.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE EJEMPLAR
Por favor conteste a todos los enunciados

1. Primer empleo.
2. Situación de paro, desempleo o jubilación anticipada.
3. Época de exámenes u oposiciones.
4. Cambio de ciudad o de residencia.
5. Búsqueda y/o adquisición de vivienda.
6. Deudas, préstamos, hipotecas.
7. Problemas económicos propios o familiares.
8. Estilo de vida y/o forma de ser.
9. Subida constante del coste de la vida.
10. Emancipación, independencia de la familia.
11. Falta de apoyo o traición de los amigos.
12. Infidelidad propia o de la otra persona hacia mí.
13. Hablar en público.
14. Inseguridad ciudadana.
15. Situación socio-política del país.
16. Preocupación por la puntualidad.
17. Vivir solo.
18. Problemas de convivencia con los demás.
19. Presencia de una persona no deseada en el hogar (tía, abuela, pariente).
20. Vida y relación de pareja o de matrimonio.
21. Ruptura de noviazgo o separación de pareja.
22. Ruptura de las relaciones familiares (con los padres, hermanos).
23. Abandono del hogar de un ser querido.
24. Separación, divorcio de mis padres.
25. Nacimiento de otro hijo o hermano.
26. Estudios y/o futuro de mis hijos o familiar cercano.
27. Problemática de drogas o alcohol (propia o familiar).
28. Muerte de algún familiar muy cercano (cónyuge, padres, hermanos).
29. Muerte de algún amigo/a o persona querida.
30. Embarazo no deseado o deseado con problemas.
31. Aborto provocado o accidental.
32. Tener una enfermedad grave.
33. Envejecer.
34. Enfermedad de un ser querido.
35. Pérdida de algún órgano o función física o psíquica.
36. Problemas sexuales.
37. Someterse a tratamiento, revisión o rehabilitación.
38. Intervención u operación quirúrgica.
39. Ocupar un nuevo cargo o puesto de trabajo.
40. Cambio de horario de trabajo.
41. Exceso de trabajo.
42. Excesiva responsabilidad laboral.
43. Hacer viajes (frecuentes, largos).
44. Tiempo libre y falta de ocupación.
45. Problemática de relaciones en mi trabajo (con los jefes, compañeros).
46. Situación discriminatoria en mi trabajo.
47. Éxito o fracaso profesional.
48. Desorden en casa, despacho.
49. Reformas en casa.
50. Dificultades en el lugar donde vivo.
51. Preparación de vacaciones.
52. Etapa de vacaciones e incorporación al trabajo.
53. Servicio militar.

Nº 202

E A E

Hoja de respuestas

Apellidos y Nombre _____ Sexo _____ Edad _____

Estudios/Título académico _____

Residencia _____ Profesión _____

MARQUE CON UNA X EL RECUADRO DE LA ESCALA A CONTESTAR:G ☐A ☐S ☐C ☐

Compruebe que el número de la fila donde anota su respuesta coincide con el del cuadernillo.

Ejemplo: "Castigo innmerecido" SI NO 0 1 2 3 A P

	SI	NO	Intensidad	Tiempo		SI	NO	Intensidad	Tiempo
1.	SI	NO	0 1 2 3	A P	28.	SI	NO	0 1 2 3	A P
2.	SI	NO	0 1 2 3	A P	29.	SI	NO	0 1 2 3	A P
3.	SI	NO	0 1 2 3	A P	30.	SI	NO	0 1 2 3	A P
4.	SI	NO	0 1 2 3	A P	31.	SI	NO	0 1 2 3	A P
5.	SI	NO	0 1 2 3	A P	32.	SI	NO	0 1 2 3	A P
6.	SI	NO	0 1 2 3	A P	33.	SI	NO	0 1 2 3	A P
7.	SI	NO	0 1 2 3	A P	34.	SI	NO	0 1 2 3	A P
8.	SI	NO	0 1 2 3	A P	35.	SI	NO	0 1 2 3	A P
9.	SI	NO	0 1 2 3	A P	36.	SI	NO	0 1 2 3	A P
10.	SI	NO	0 1 2 3	A P	37.	SI	NO	0 1 2 3	A P
11.	SI	NO	0 1 2 3	A P	38.	SI	NO	0 1 2 3	A P
12.	SI	NO	0 1 2 3	A P	39.	SI	NO	0 1 2 3	A P
13.	SI	NO	0 1 2 3	A P	40.	SI	NO	0 1 2 3	A P
14.	SI	NO	0 1 2 3	A P	41.	SI	NO	0 1 2 3	A P
15.	SI	NO	0 1 2 3	A P	42.	SI	NO	0 1 2 3	A P
16.	SI	NO	0 1 2 3	A P	43.	SI	NO	0 1 2 3	A P
17.	SI	NO	0 1 2 3	A P	44.	SI	NO	0 1 2 3	A P
18.	SI	NO	0 1 2 3	A P	45.	SI	NO	0 1 2 3	A P
19.	SI	NO	0 1 2 3	A P	46.	SI	NO	0 1 2 3	A P
20.	SI	NO	0 1 2 3	A P	47.	SI	NO	0 1 2 3	A P
21.	SI	NO	0 1 2 3	A P	48.	SI	NO	0 1 2 3	A P
22.	SI	NO	0 1 2 3	A P	49.	SI	NO	0 1 2 3	A P
23.	SI	NO	0 1 2 3	A P	50.	SI	NO	0 1 2 3	A P
24.	SI	NO	0 1 2 3	A P	51.	SI	NO	0 1 2 3	A P
25.	SI	NO	0 1 2 3	A P	52.	SI	NO	0 1 2 3	A P
26.	SI	NO	0 1 2 3	A P	53.	SI	NO	0 1 2 3	A P
27.	SI	NO	0 1 2 3	A P					

<p>Número de SI</p> <p>En A = _____</p> <p>Total = <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>En P = _____</p>	<p>Puntuaciones en Intensidad</p> <p>A = _____</p> <p>Total = <input style="width: 50px;" type="text"/> Centil = <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>P = _____</p>
--	---

Copyright © 1992 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si lo presentas otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpto.; 28002 MADRID - Depósito legal: M. - 16838 - 1992.



Anexo 16. Test ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad).

N.º 150

ISRA



EPLA LTDA

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0: Casi nunca 1: Pocas veces 2: Unas veces si y otras no 3: Muchas veces 4: Casi siempre

Vea los ejemplos siguientes:

SITUACIONES	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
	0 CASI NUNCA	1 POCAS VECES	2 UNAS VECES SI OTRAS VECES NO	3 MUCHAS VECES	4 CASI SIEMPRE	
1. Si un problema me preocupa mucho,						
2. Cuando pierdo un objeto que tenía en mucha estima,						

Deberá leer la situación **1** y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación **2**. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la núm. 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación, utilice el margen derecho de la Hoja (OBSERVACIONES).



Autores: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel.

Copyright © 1986 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 5.757 - 1986.

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

F

SITUACIONES	RESPUESTAS										OBSERVACIONES	ΣS
	1. Siento molestias en el estómago.	2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.	3. Me tiemblan las manos hasta en plenas.	4. Me duele las manos o las piernas.	5. Mi cuerpo está en tensión.	6. Tengo palpitaciones, al co-razón me late muy deprisa.	7. Me falta el alito y mi res-piración es agitada.	8. Siento náuseas o mareo.	9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.	10. Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.												
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.												
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.												
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5. En mi trabajo o cuando estudio.												
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
10. Si tengo que hablar en público.												
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13. Después de haber cometido algún error.												
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20. Al observar escenas violentas.												
21. Por nada en concreto.												
22. A la hora de dormir.												
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.												
ΣR											TOTAL	ΣS

C1

MTOTAL

Anexo 17. Test EMT-S2 (Esquemas Maladaptativos Tempranos)

EMT – S2

Nombre _____
Fecha _____

INSTRUCCIONES:

La lista que encontrara a continuación, contiene afirmaciones que una persona podría usar para describirse así misma. Por favor, lea detenidamente cada afirmación y decida, en que medida, cada una de estas lo/la describe a usted. Cuando tenga dudas, elija su respuesta en base en lo que siente emocionalmente y NO en lo que piensa que debería ser. Elija un número, de 1 a 6, que mejor lo describa, y colóquelo en el espacio anterior a la afirmación.

OPCIONES DE RESPUESTA:

- 1 = Totalmente falso.
- 2 = La mayor parte es falso.
- 3 = Moderadamente falso.
- 4 = Moderadamente verdadero.
- 5 = La mayor parte es verdadero.
- 6 = Me describe perfectamente.

	1	2	3	4	5	6
1. La mayor parte del tiempo, no tuve a alguien que me criara, compartiera conmigo o que se haya preocupado sobre las cosas que me suceden.						
2. En general, las personas no han estado allí para darme calidez, soporte y afecto.						
3. La mayor parte de mi vida, he sentido que no soy una persona especial.						
4. La mayor parte del tiempo, no he tenido alguien que realmente me escuche, me entienda o este atento a mis verdaderas necesidades y sentimientos.						
5. Rara vez he tenido una persona a mi lado que me de consejos razonables y me guíe cuando tengo dudas de que hacer.						
6. Yo me aferro a las personas cercanas a mí, porque tengo miedo que me dejen solo.						
7. Necesito tanto a las otras personas que preocupo de poder perderlas.						
8. Me preocupa que las personas cercanas a mi me dejen o abandonen.						
9. Cuando siento que alguien por quien me preocupo me esta apartando, me desespero.						
10. Algunas veces estoy tan preocupado/da de la gente me deje que me alejo de ellos.						
11. Siento que las personas se aprovecharan de mí.						
12. Siento que no puedo bajar la guardia en presencia de otras personas, porque ellos me lastimarían intencionalmente.						
	1	2	3	4	5	6

13. Es solo cuestión de tiempo para que alguien me traicione.						
14. Soy bastante desconfiado de las intenciones de otras personas.						
15. Usualmente estoy búsqueda de las intenciones ocultas de otras personas.						
16. Yo no encajo con las demás personas.						
17. Yo soy totalmente diferente de otras personas.						
18. Yo no pertenezco al grupo; soy solitario.						
19. Me siento vendido por otras personas.						
20. Siempre me siento fuera del grupo.						
21. Ningún hombre/mujer que deseo puede amarme una vez que se da cuenta de mis defectos.						
22. Nadie que yo desee podría quedarse cerca de mi si conociera mi verdadero yo.						
23. No soy digno de amor, atención y respeto por parte de otras personas.						
24. Siento que no soy atractivo(a).						
25. Soy tan poca cosa en tantos aspectos de la vida, que no me atrevo a mostrarme a otras personas tal como soy.						
26. Casi nada de lo que hago en mi trabajo (hogar) es tan bueno como lo que pueden hacer otras personas.						
27. Soy incompetente cuando tengo que realizar algo.						
	1	2	3	4	5	6
28. La mayoría de las personas son mucho más capaces que yo en áreas de trabajo y ejecución de tareas.						

29. No soy tan talentoso como muchas personas en su trabajo.						
30. No soy tan inteligente en mi trabajo como otras personas lo son en los suyos.						
31. No me siento capaz de seguir adelante en la vida por mi mismo.						
32. Pienso que soy una persona dependiente cuando tengo que realizar alguna tarea.						
33. Me falta sentido común.						
34. Mi opinión no puede ser tomada en cuenta en las situaciones cotidianas.						
35. No me siento seguro sobre mis habilidades para resolver los problemas que surgen cada día.						
36. No puedo huir de los sentimientos de que algo malo va a suceder.						
37. Siento que un desastre (natural, criminal, financiero o medico) podría suceder en cualquier momento.						
38. Me preocupa llegar a ser atacado.						
39. Me preocupa llegar a perder todo mi dinero y convertirme en un indigente.						
40. Me preocupa desarrollar una enfermedad grave, aunque el medico no me ha diagnosticado nada en serio.						
41. No me siento capaz de irme del lado de mis padres, como otras personas de mi edad lo hacen.						
	1	2	3	4	5	6
42. Mis padres y yo tendemos a involucrarnos mutuamente en la vida y problemas de cada uno.						
43. Es muy difícil, para mis padres y para mi, ocultar detalles de nuestras vidas entre nosotros, sin sentirnos						

traicionados o culpables.						
44. A menudo, siento que mis padres viven a través de mí. Siento que no tengo vida propia.						
45. A menudo, siento que no tengo identidad propia separada de la de mis padres o mi pareja.						
46. Yo pienso que, si hago lo que quiero, solo estoy buscando problemas.						
47. Yo siento que no tengo opción de ir en contra de los deseos de otras personas, porque estos tomarían represalias contra mí o me rechazarían.						
48. En las relaciones, yo dejo que los otros me lleven ventajas.						
49. Siempre he dejado a otras personas tomar decisiones por mí, de manera que realmente no se lo que quiero para mí.						
50. Yo tengo muchos problemas necesitan que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tomados en cuenta.						
51. Soy el/la único que normalmente termina cuidando de las personas cercanas a mí.						
52. Soy una buena persona porque pienso más en otras personas que en mí.						
53. Estoy tan ocupado/a ocupándome de las cosas de los demás que tengo poco tiempo para mí mismo.						
54. Soy el/la único/a que siempre está atento a escuchar los problemas de otras personas.						
	1	2	3	4	5	6
55. Otras personas me ven como alguien que hace demasiado por otros y poco por sí mismo.						
56. Soy demasiado cohibido para demostrar sentimientos positivos a otras personas (afecto, preocupación).						
57. Considero vergonzoso expresar mis sentimientos a						

otra persona.						
58. Me cuesta trabajo ser calido y espontáneo.						
59. Me controlo demasiado mis emociones que las personas piensan que soy insensible.						
60. La gente me ve como emocionalmente tenso.						
61. Yo debo ser el mejor en todo lo que hago; no puedo aceptar un segundo lugar.						
62. Yo intento dar lo mejor de mí; por tanto no me satisface algo “apenas bueno”.						
63. Yo debo conocer todas mis responsabilidades.						
64. Siento que hay constantes, presiones para poder lograr hacer las cosas.						
65. No puedo permitirme equivocarme en tareas fáciles o pedir disculpas por mis errores.						
66. Tengo grandes dificultades en aceptar un “NO” por respuesta, cuando quiero algo de otra persona.						
67. Soy especial y no quiero aceptar tantas restricciones por parte de otras personas.						
68. Odio ser restringido o limitado para hacer lo que quiero.						
69. Siento que no tengo que seguir las reglas y convencionalismo que otras personas siguen.						
	1	2	3	4	5	6
70. Siento que lo que tengo que ofrecer esta mas sobrevalorado que las contribuciones de otras personas.						
71. No puedo disciplinarme para terminar rutinas o tareas aburridas.						
72. Si no puedo alcanzar mi meta, me frustro fácilmente y me renuncio.						

73. Tengo una gran dificultad de sacrificar las gratificaciones inmediatas, cuanto quiero lograr metas a largo plazo.						
74. No puedo forzarme a mi mismo a realizar cosas que no disfruto, aun cuando se que son por mi propio bien.						
75. Rara vez estoy en capacidad de cumplir mis decisiones.						

Anexo 18. RECOPIACIÓN DOCUMENTAL

NOMBRE:
EDAD:
ESTRATO:

1. SEXO:
VARÓN: MUJER:

2. PROCEDENCIA:
SOLEDAD:
BARRANQUILLA:
OTROS:

3. RELIGIÓN:
CATÓLICA:
OTROS:
NO RESPONDE:

4. NIVEL EDUCATIVO:
UNIVERSITARIOS:
TÉCNICOS:
BACHILLERES:
PRIMARIA:
NINGUNO:

5. ESTADO CIVIL:
SOLTERO:
CASADO:
SEPARADO O DIVORCIADO:
VIUDO:
UNIÓN LIBRE:

6. OCUPACIÓN:
AMA DE CASA:

TÉCNICOS:
DESEMPLEADOS:

7. HIJOS

0: 1: 2-3: +4:

8. TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:

0-6 MESES:	3-6 MESES:	+ 3 AÑOS:
6-12 MESES:	1-3 AÑOS	

Anexo 19. FOTOGRAFÍAS IPS SOLESALUD







Anexo 20. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

[illegible]

Anexo 21. PRESUPUESTOS PERSONAL Y GLOBAL

1. PRESUPUESTO PERSONAL

NOMBRE	PROFESIÓN U OCUPACIÓN	TIEMPO DE DEDICACIÓN	COSTO	PREVA- LENCÍA	SUB TOTAL
Asesor de área	Psicóloga	2 horas semanales	\$20.000 hora	20 horas	\$400.000
Asesor metodoló- gico	Psicóloga	2 horas semanales	\$20.000 hora	20 horas	\$400.000
Digitador	Digitador	4 semanas	\$ 400 hoja	4 semana s	\$370.000
Tabulación de resultados	Psicólogo	4 semanas	\$200.000 test	4 sema- nas	\$600.000
Total					\$1.770.000

2. PRESUPUESTO GLOBAL

RUBRO	GRUPO INVESTIGADOR	C.U.C.	SUB TOTAL
Personal	\$970.000	\$800.000	\$1.770.000
Equipos	\$4.131.000		\$4.131.000
Bibliografías	\$420.000		\$420.000
Materiales	\$450.000		\$450.000
Transportes	\$750.000		\$750.000
Servicios técnicos	\$160.000		\$160.000
Varios	\$90.000		\$90.000
Total	\$6.971.000	\$800.000	\$7.771.000